



3 1761 11970294 2















CA1  
XC 28  
H39  
Issue 19



House of Commons  
Ottawa

# **Tragedy and Challenge: Canada's Blood System and HIV**

**REPORT OF THE STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND  
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS AND THE STATUS OF WOMEN**




**BARBARA GREENE, M.P.  
CHAIR**

**STANLEY WILBEE, M.P.  
CHAIR  
SUB-COMMITTEE ON HEALTH ISSUES**

**May 1993**





Digitized by the Internet Archive  
in 2023 with funding from  
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761119702942>



# **Tragedy and Challenge: Canada's Blood System and HIV**

**REPORT OF THE STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND  
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS AND THE STATUS OF WOMEN**

**BARBARA GREENE, M.P.  
CHAIR**

**STANLEY WILBEE, M.P.  
CHAIR  
SUB-COMMITTEE ON HEALTH ISSUES**

**May 1993**





CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 19

Présidence: Barbara Greene

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 19

Chair: Barbara Greene

*Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la*

*Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on*

## **Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième âge et de la Condition féminine**

## **Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women**

### **CONCERNANT:**

Étude du troisième rapport du Sous-comité sur les questions de santé

### **Y COMPRIS:**

Sixième rapport à la Chambre: Le sang contaminé par le VIH et d'autres questions connexes

### **RESPECTING:**

Consideration of the Third Report of the Sub-Committee on Health Issues

### **INCLUDING:**

Sixth report to the House: HIV infected blood and other related matters

Troisième session de la trente-quatrième législature,  
1991-1992-1993

Third Session of the Thirty-fourth Parliament,  
1991-92-93



STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND WELFARE,  
SOCIAL AFFAIRS, SENIORS AND THE STATUS OF  
WOMEN

*Chair:* Barbara Greene

*Vice-Chairmen:* Rey Pagtakhan  
Jean-Luc Joncas

Members

Edna Anderson  
Jim Karpoff  
Barbara Sparrow  
David Walker  
Stan Wilbee—(8)

(Quorum 5)

Eugene Morawski

*Clerk of the Committee*

SUB-COMMITTEE ON HEALTH ISSUES OF THE  
STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND WELFARE,  
SOCIAL AFFAIRS, SENIORS AND THE STATUS OF  
WOMEN

*Chairman:* Stan Wilbee

*Vice-Chairman:* Rey Pagtakhan

Members

Chris Axworthy  
Jean-Luc Joncas

(Quorum 3)

Eugene Morawski

*Clerk of the Sub-Committee*

William Bartlett  
Thomas Curren  
*Research Branch  
Library of Parliament*

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE  
SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES, DU TROISIÈME ÂGE  
ET DE LA CONDITION FÉMININE

*Présidence:* Barbara Greene

*Vice-présidents:* Rey Pagtakhan  
Jean-Luc Joncas

Membres

Edna Anderson  
Jim Karpoff  
Barbara Sparrow  
David Walker  
Stan Wilbee—(8)

(Quorum 5)

*Le greffier du Comité*

Eugene Morawski

SOUS-COMITÉ DES QUESTIONS DE SANTÉ DU COMITÉ  
PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL,  
DES AFFAIRES SOCIALES, DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA  
CONDITION FÉMININE

*Président:* Stan Wilbee

*Vice-président:* Rey Pagtakhan

Membres

Chris Axworthy  
Jean-Luc Joncas

(Quorum 3)

*Le greffier du Sous-comité*

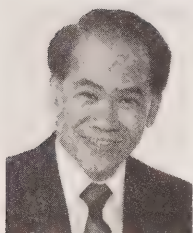
Eugene Morawski

William Bartlett  
Thomas Curren  
*Service de recherche  
Bibliothèque du Parlement*

## *Sub-Committee on Health Issues*



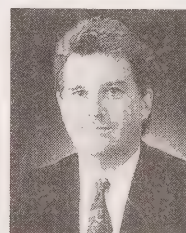
Stanley Wilbee  
Chair  
Delta  
(British Columbia)



Rey Pagtakhan, Liberal  
Vice-Chair  
Winnipeg North  
(Manitoba)



Jean-Luc Joncas, P.C.  
Matapédia—Matane  
(Québec)



Chris Axworthy, N.D.P.  
Saskatoon—Clark's Crossing  
(Saskatchewan)

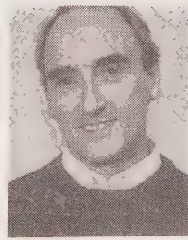
## *Sub-Committee Staff*



William Bartlett  
Research Branch  
Library of Parliament



Eugene Morawski  
Clerk of the Sub-Committee



Thomas Curren  
Research Branch  
Library of Parliament





The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women has the honour to present its

## **SIXTH REPORT**

In accordance with its mandate under Standing Order 108(1), your Committee established a Sub-Committee and assigned it the responsibility of examining the subject of HIV-infected blood and other related matters.

The Sub-Committee submitted its Third Report to the Committee.

Your Committee adopted the following Report which reads as follows:





# Table of Contents

---

<b>HIV-INFECTED BLOOD</b> .....	1
INTRODUCTION .....	1
THE CANADIAN BLOOD SYSTEM .....	3
BLOOD SCREENING FOR HIV ANTIBODIES .....	7
HEAT TREATMENT OF FACTOR VIII CONCENTRATE .....	13
COMPENSATION FOR PERSONS INFECTED WITH HIV THROUGH THE BLOOD SYSTEM .....	21
RECOMMENDATIONS .....	22
Public Inquiry Into The Canadian Blood System .....	22
Compensation For Persons Infected With HIV Through The Blood System .....	29
Tracing The Recipients Of HIV-Infected Blood .....	29
 <b>APPENDIX A — Terms of Reference of the Canadian Blood Committee (Adopted February 1982)</b> .....	 33
 <b>APPENDIX B — Blood Screening and Heat Treatment of Blood Products in Canada</b> ..	 35
 <b>APPENDIX C — List of witnesses</b> .....	 43
 <b>Request for Government Response</b> .....	 45
 <b>Minutes of Proceedings</b> .....	 47





# HIV-INFECTED BLOOD

---

## INTRODUCTION

The complex illness that has become known as acquired immunodeficiency syndrome or AIDS was first reported in the United States by the Centers for Disease Control in June 1981. The first cases were recognized because of unusual clusterings of diseases such as *Pneumocystis carinii* pneumonia (PCP) and Kaposi's sarcoma (KS), a rare type of cancer. The first case of AIDS in Canada was reported approximately seven months later, in February 1982. However, retrospective studies have revealed that cases of AIDS occurred in Africa, Europe and North America in the 1970s.

The virus that is believed by most medical scientists to cause AIDS, the human immunodeficiency virus or HIV, has been found to have had a much longer history in humans than was originally believed. Although the early history of this virus remains obscure, there exist individual case reports of apparent HIV infection dating from the 1960s,<sup>1</sup> and the first documented infection with HIV-1, based on detection of antibodies, occurred in 1959.<sup>2</sup> The major continuous spread of HIV, in North America and elsewhere, appears to have begun in the mid-to late-1970s.

When the first cases of AIDS were described in the United States and Canada, the cause of the syndrome was unknown. The fact that the ailment was first identified in specific population groups, notably young homosexual/bisexual men with multiple sex partners, and intravenous (IV) drug abusers, led to much speculation about the cause of the disease, including the possibility that the disease might be associated with certain lifestyles, rather than an infectious agent. The possibility that AIDS could be transmitted through blood was not immediately recognized.

By July 1982, however, three hemophiliacs were discovered to have developed AIDS, and the possibility that the disease could be transmitted through blood or blood products began to be understood. In November of the same year, three persons were reported by the United States Centers for Disease Control to have developed AIDS following blood transfusions and it was fully appreciated that exposure to blood could transmit this disease.<sup>3</sup>

Since that time, and most acutely over the past year, the linkage between HIV/AIDS and infected blood has become very widely appreciated by the affected individuals, groups and institutions in this country, and also by the general public. And with good reason. The contamination of blood and blood products in Canada, and elsewhere, is truly a medical and social

---

<sup>1</sup> Jonathan M. Mann and Seth L. Welles, "Global Aspects of the HIV Epidemic", In, Vincent T. DeVita, Samuel Hellman and Steven A. Rosenberg (Eds.), *AIDS—Etiology, Diagnosis, Treatment and Prevention*, Third Edition, J.B. Lippincott Company, 1992, (hereafter, DeVita et. al.), p.89.

<sup>2</sup> Myron Essex, "Origin of AIDS", In, DeVita et. al., 1992, p. 5. Two variants of HIV have been identified. HIV-1 is the variant associated with most cases of AIDS in North America and Europe. HIV-2 is more typically found in West Africa.

<sup>3</sup> Dr. Norbert Gilmore, Minutes of Proceedings and Evidence of the Sub-Committee on Health Issues of the House of Commons Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women (hereafter, Proceedings), Issue 20, 11 February 1993, p. 23.

tragedy. Between 1980 and 1987, approximately 800 hemophiliacs—mostly Hemophilia A patients requiring Factor VIII concentrate—became infected with HIV,<sup>4</sup> as did 261 non-hemophiliacs who received blood transfusions contaminated with the AIDS virus.<sup>5</sup>

The Sub-Committee's study of this issue has developed along two lines of concern. First, we wanted to determine, if possible, those events and factors that led to the infection of more than 1,000 Canadians by HIV from contaminated blood and blood products during the 1980s. Second, we were seeking assurance that the Canadian blood supply today is as safe as it can reasonably be made and, moreover, that the system that is in place can respond effectively and with dispatch to any future crisis along the lines of the AIDS disaster of a decade ago.

This report will deal with the issue of HIV-infected blood under a number of headings which reflect the major points of concern and contention. Many questions have been raised about the screening of donated blood in Canada, and elsewhere, and the rapidity with which blood testing was instituted in this country in comparison with that in other countries, notably the United States. The matter of Factor VIII coagulation products, and the change from non-heat-treated products to heat-treated, will constitute another point of discussion. Connected with this point is the issue of a Canadian facility for producing the various blood fractions, including coagulation Factors VIII and IX which are needed for medical treatment.

The organization of Canada's blood system of today, compared to the system that existed in the mid-1980s, was the subject of considerable comment and a large amount of concern. The blood system is in some ways unique among health-care programs in Canada in that it is an essentially national system under the jurisdiction of the provinces and the territories, which provide all of the government funding. The federal government's active role currently is limited to that of regulator in that blood, blood products, and blood-testing kits fall under the jurisdiction of the federal *Food and Drugs Act*.

Two other important areas of concern have also been brought to the Sub-Committee's attention. First, there is the question of compensation for those persons who became infected with HIV through the blood system. The federal government instituted its Emergency Assistance Plan (EAP) in 1989. The provinces and territories to this point, with the recent exception of Nova Scotia, have not offered compensation to infected persons or their families; neither has the Canadian Red Cross Society. Partly as a consequence, there are a number of civil actions under way in provincial courts as the affected persons and their families seek redress of their grievances.

The final area of concern to the Sub-Committee is the matter of an inquiry into the Canadian blood system, past and present. Most of the witnesses who appeared before us recommended that an inquiry of some kind should be held, although the individual reasons for requesting an inquiry were varied. Moreover, there was a lack of unanimity as to the type of inquiry that should be held. The spokespersons variously recommended a "judicial inquiry", a "public inquiry", or a "public review" into the blood system. Clearly, the term "inquiry" means different things to different people, and the Sub-Committee has dealt with this complex question in a separate section of this Report.

The testimony on which this Report is based is to be found in Issues Nos. 17-27 of the Sub-Committee on Health Issues of the Third Session of the Thirty-fourth Parliament.

---

<sup>4</sup> David Page, Canadian Hemophilia Society, Proceedings, Issue 18, 3 December 1992, p. 18.

<sup>5</sup> John R. McDonald, Gerald M. Devins and Man Chiu Poon, *Canadians HIV Positive Secondary To Blood Transfusion*, Final Report, Health and Welfare Canada, National Health Research and Development Program, Project # 6609—1694—AIDS, 1992, p. 13. (The total of 261 persons represents the number identified by 31 October 1992.)



# THE CANADIAN BLOOD SYSTEM

*Every single day in Canada a person requires a blood transfusion . . . one every 20 seconds . . . there are still hundreds of thousands of people in a year who require blood transfusions and hundreds of thousands who require blood products that come from volunteer blood donations in Canada.*

George Weber  
Canadian Red Cross Society<sup>6</sup>

The Canadian blood system is an essential part of Canada's health-care system and there are few individuals or families in this country that are not touched in some way by the ongoing requirement for blood and blood products of high quality and assured safety. Just as blood is a complex health resource requiring careful and intelligent management, the Canadian blood system itself is equally complex, its structure and management fairly reflecting the political and social realities that make up this country.

The Canadian blood system is strongly identified with the Red Cross, more correctly the Canadian Red Cross Society or CRCS. The system includes a number of other players as well, each of whom has an essential role to play. Over the past ten years, and more particularly over the past year, the HIV/AIDS tragedy of the early- and mid-1980s has brought the nature and operations of Canada's blood system under scrutiny. Serious concerns have been raised about the safety and security of our blood supply.

While the principal focus of this Report appropriately is on the events that led up to the HIV/AIDS disaster, our discussion must be framed in an understanding of how the blood system operated ten years ago, how it is operating now, and what are some of the implications for the future.

In the early 1980s, when the AIDS epidemic was in its early stages, the Canadian blood system had three major stakeholders. The Canadian Red Cross Society, then as now, was the operational arm of the system. There were two major components of the Red Cross system: Blood Donor Recruitment (BDR) and the Blood Transfusion Service (BTS). The main task of BDR was to recruit donors into the Red Cross system to donate blood or plasma. Once the donor walked into a clinic, however, he/she became the responsibility of the BTS which took the donation and guided that unit of blood, plasma, or blood product through the system to its ultimate destination.

The Canadian Red Cross collection and distribution system is national in terms of organization and operation, and is carried out through 17 regional centres which follow national procedures, guidelines and policies. The regional centres report to the National Director, Blood Services of the Canadian Red Cross Society. Blood centres currently exist in all provinces but their scope is regional, and the centres operate without regard for provincial boundaries. Blood and blood products are freely exchanged between provinces; distribution, therefore, is on a national basis.

A second major player in the system in the early 1980s was the Canadian Blood Committee or CBC. This Committee has been described and discussed in many of the media reports on the HIV/AIDS tragedy, and by some witnesses, as an impediment to rapid decision-making in the face of a growing crisis. It is important, therefore, that the origins, structure and role of the CBC be understood by the readers of this Report.

<sup>6</sup> George Weber, Canadian Red Cross Society, Proceedings, Issue 17, 26 November 1992, p. 28.



The Canadian Blood Committee had its origin in 1974 when the Federal-Provincial Programme and Budget Review Committee was established by the Conference of Deputy Ministers of Health. That Committee included two provincial representatives and “acted as an agent for the provinces, with the objective of reviewing the budget from a national perspective so as to avoid the many difficulties that arose in the past from having proposals from ten different jurisdictions”.<sup>7</sup>

A major step in the creation of the CBC was made in the Summer of 1981 when an Ad Hoc Committee on a Canadian Authority on Blood Policy was struck. Its report was presented to the Conference of Ministers of Health in September/October 1981. At that time also, four principles for the Canadian blood system were enunciated, as follows:

- To protect the voluntary donor system in Canada by enhancing the opportunities of Canadians to voluntarily donate a gift for society’s general benefit and by responsibly managing that resource;
- To ensure self-sufficiency of blood products by reducing Canada’s dependence on foreign sources of blood product supply, particularly those that rely on purchased plasma for raw material;
- To ensure gratuity of blood products by reinforcing the Canadian tradition whereby no payment is made for a donation of blood and/or plasma and no specific charge is made to recipients of blood and blood products;
- That a Canadian non-profit policy be maintained and that any charge to recover more than the real cost of producing a blood fractionation product for Canadians in Canada should be considered profit.<sup>8</sup>

A major recommendation in the Ad Hoc Committee’s report was that the “Health Ministers agree to establish the Canadian Blood Authority with the mandate to direct the Canadian blood collection, processing and distribution system. . .”<sup>9</sup> This recommendation was endorsed by the Ministers of Health at that meeting. The “Canadian Blood Authority” was subsequently renamed the Canadian Blood Committee. The Committee was established with thirteen members representing the federal, provincial, and territorial Ministers of Health, and it reported to the Conference of Ministers of Health. The mandate of the CBC was “to direct the Canadian blood system in accordance with the four principles adopted by the Ministers of Health” at the Interprovincial Conference in September/October 1981.<sup>10</sup>

The CBC first met on 3 December 1981 and draft Terms of Reference were prepared. These Terms of Reference were approved at the second meeting of the Committee in February 1982 (see Appendix A). In 1983, the members of the CBC agreed to set up a Committee Secretariat within

---

<sup>7</sup> The Canadian Red Cross Society, *The Canadian Red Cross Blood Programme From 1974 to 1990—A Report to the Canadian Hematology Society*, (hereafter, *CRCS Report*), Ottawa, 1990, p. 4.

<sup>8</sup> *CRCS Report*, 1990, p. 23.

<sup>9</sup> *CRCS Report*, 1990, p. 24.

<sup>10</sup> *Ibid.*

Health and Welfare Canada. The Secretariat was headed by an Executive Director who was an employee of the federal Health Department, and it was staffed by officials of the Department who were administratively responsible to the Assistant Deputy Minister of the Health Services and Promotion Branch.<sup>11</sup>

A perusal of the Terms of Reference of the CBC (Appendix A) shows that the Committee was responsible for establishing policies in all aspects of the blood system; for assuring adherence to policies by the operational side of the system, including the Canadian Red Cross; for consulting with relevant federal departments, including the Bureau of Biologics at Health and Welfare Canada; and for reviewing and approving "the programs and budgets of Blood Donor Recruitment and Blood Transfusion Services of the Canadian Red Cross Society, *subject to the concurrence of all provinces and territories*. (Emphasis added)" It follows, therefore, that any major new budget item would have had to be approved by all of the provinces and territories before the CBC could give its approval. As will be seen later in this Report, this approval process had an impact on decision-making when new funding was required in 1985 for the implementation of an HIV-antibody test by the Canadian Red Cross.

A new entity, the Canadian Blood Agency (CBA), has been created to replace the Canadian Blood Committee. The CBA was incorporated in May 1991 and commenced operations on October 1 of the same year, when an Executive Director was appointed. The corporate object, or mission, of the Agency is: "To direct, coordinate and finance the various elements of the Canadian blood system requiring national direction in accordance with the principles established by the Ministers of Health for the therapeutic use of human blood, blood products or their substitutes."<sup>12</sup>

The mandate of the CBA is based on seven principles which have been established for the Canadian blood system. These principles are as follows:

- The voluntary donor system should be maintained and protected.
- National self-sufficiency in blood and plasma collections should be encouraged.
- Adequacy and security of supply of all needed blood, components and plasma fractions for Canadians should be encouraged.
- Safety of all blood components and plasma fractions should be paramount.
- Gratuities of all blood, components and plasma fractions to recipients within the insured health services of Canada should be maintained.
- A cost-effective and cost-efficient blood system for Canadians should be encouraged.
- A national blood system should be maintained.<sup>13</sup>

Implicit in these principles is the reality that, although Canada has a national blood system, we are not self-sufficient in plasma collections, or in blood products. Canada does not have a blood-fractionation facility at the present time, and a decision is pending on a Canadian Red Cross proposal, among others, to construct such a facility in this country.<sup>14</sup>

The Canadian Blood Agency is a federally-incorporated non-profit corporation, but the members of its Board of Directors are all representatives from the Assistant Deputy Minister level of the provinces and territories. The federal government is not represented on the Board of Directors

---

<sup>11</sup> Dr. Denise Leclerc, Proceedings, Issue 22, 25 February 1993, p. 5.

<sup>12</sup> Canadian Blood Agency, *Implementation Proposal for The Deputy Ministers of Health*, June 1990.

<sup>13</sup> *Ibid.*

<sup>14</sup> Canadian Red Cross Society, personal communication, 16 April 1993.



and, in fact, the federal government, by choice, is not directly involved in the operations of the Agency.<sup>15</sup> The federal government's involvement with the CBA, through Health and Welfare Canada, has been described as two-fold; providing information on products used in the blood system, and exchange of scientific information on topics of mutual interest.<sup>16</sup>

The Agency's effective mandate is similar to that of the former Canadian Blood Committee, but the CBA's corporate structure gives it a greater degree of effective autonomy from the component governments. It has also been stated that, in a crisis, the Agency could respond more quickly and effectively than could the CBC, if for example, contingency funding were needed to finance a new blood-screening test. William Dobson, the Executive Director of the Canadian Blood Agency, made the following statement to the Sub-Committee:

"I have a signing level at the bank for \$3.5 million. We don't use that line of credit for financing our regular activities, but it is available. What I've indicated is that if a consensus were emerging that there was a serious safety risk—and you have to remember that we have immediate access to expert opinion from our scientific advisory committee and others — I would have no hesitation [in] signing for \$3.5 million to get this thing funded."<sup>17</sup>

The existence of a line of credit is a clear improvement over the previous system of funding decisions being made through consensus meetings involving all the member governments. However, the system is still based on a consensus approach to decision-making. We shall return to this point later in our Report.

The federal government, although not directly involved in the administrative or operational structure of the Canadian blood system, plays a number of essential roles in the overall process. In addition to the two functions described above, the federal authority is brought to bear on the system through the regulation of blood and blood products, and of testing kits used to ensure blood safety. Blood products have been regulated under the *Food and Drugs Act* since these products were first developed. The first Factor VIII coagulation product, for example, was licensed for sale in Canada in 1968. In December 1989 blood itself was classified as a drug and placed on Schedule D to the *Act*, bringing it, like blood products, under the regulatory purview of the Bureau of Biologics.<sup>18</sup>

The Department also regulates diagnostic and blood-screening test kits for ensuring blood safety. At the present time, this function is carried out under the Medical Devices Regulations. The Department is in the process of transferring the regulation of test kits to Schedule D of the *Act*, where the kits will be regulated in the same manner, and with the same stringency, as drugs of biological origin. This change in regulatory status will introduce "lot-release procedures and specific inspection and licensing of manufacturing facilities as elements of the regulatory process."<sup>19</sup>

---

<sup>15</sup> Janice Hopkins, Health and Welfare Canada, Proceedings, Issue 25, 25 March 1993, p. 9.

<sup>16</sup> Dr. D.W. Boucher, Bureau of Biologics, Proceedings, Issue 25, 25 March 1993, p. 7.

<sup>17</sup> William Dobson, Canadian Blood Agency, Proceedings, Issue 19, 4 February 1993, p. 14.

<sup>18</sup> Janice Hopkins, Health and Welfare Canada, Proceedings, Issue 25, 25 March 1993, p. 4.

<sup>19</sup> *Ibid*, p. 5.

In addition to the three major actors in the Canadian blood system, there are a number of players who perform specialized functions or represent specific interest groups. The Canadian Hemophilia Society is an important national organization that represents the interests of Canada's hemophilia community, described as "one of the largest consumers of blood and blood products" in Canada, and the group most severely affected by the HIV/AIDS epidemic.<sup>20</sup>

Canada's hospitals and physicians also have important roles to play in the blood system:

"The hospitals have a clear role in interim storage [of blood and blood products], in preparing individual products for individual patients, and the surveillance of adverse effects. However, this must be limited to the time when the patient is in the hospital. We cannot readily carry out surveillance of patients who were discharged from the hospital two or three months ago.

"The physicians are responsible for the decision to prescribe products. They are responsible for the clinical administration, and they are responsible to some extent for the evaluation of the effects."<sup>21</sup>

The Canadian Council for Health Facilities Accreditation is responsible for the accreditation of hospitals, and included in their criteria are those relating to the surveillance and operation of blood banks and blood-transfusion services in hospitals. Canadian medical schools, the Royal College of Physicians, and the various national societies—such as the Canadian Hematology Society and the Canadian Society for Transfusion Medicine—concern themselves with education and research, functions that are basic to a modern and progressive health-care system.<sup>22</sup>

## BLOOD SCREENING FOR HIV ANTIBODIES

*Given the level of scientific knowledge and medical technology available at the time, I think we moved with as much haste as possible to get testing in place.*

George Weber  
Canadian Red Cross Society<sup>23</sup>

*Why did the Red Cross wait until May 1985 to propose its plan for implementing testing? Why did the Canadian Blood Committee, faced with a crisis, take three months to approve funding for the proposal?*

Lindee David  
Canadian Hemophilia Society<sup>24</sup>

The screening of donated blood for infectious agents is a principal line of defence in ensuring the safety of a nation's blood supply. The institution of testing of blood donations for antibodies of the AIDS virus, HIV, by the Canadian Red Cross is one of the most controversial issues that the

---

<sup>20</sup> Lindee David, Canadian Hemophilia Society, Proceedings, Issue 18, 3 December 1992, p. 16.

<sup>21</sup> Dr. Peter Pinkerton, Canadian Hematology Society, Proceedings, Issue 26, 1 April 1993, p. 12.

<sup>22</sup> *Ibid.*, pp. 12-13.

<sup>23</sup> George Weber, Canadian Red Cross Society, Proceedings, Issue 17, 26 November 1992, p. 39.

<sup>24</sup> Lindee David, Canadian Hemophilia Society, Proceedings, Issue 18, 3 December 1992, p. 23.



Sub-Committee has had to consider. It is also a very complex matter in terms of the uncertainties that shrouded the AIDS issue in the early and mid-1980s, and in terms of the technologies involved in testing blood for HIV antibodies.

It is sobering to consider the fact that the HIV/AIDS tragedy, as bad as it was and is, could have been a great deal worse, had the virus appeared ten or twenty years earlier. By the late 1970s, however:

"...the whole biotechnology scene was at a level where this could be dealt with relatively promptly. It's astonishing that an agent that we didn't know existed in 1982 was isolated by 1984 and the specific tests for it were in place by 1985."<sup>25</sup>

Historically, the Canadian blood supply has been subjected to tests for infectious agents since 1940 when a test for syphilis first was instituted. In 1972, a test for the hepatitis B virus (HBV) was adopted, based on a "rather crude" test for the surface antigen of the virus. The original test for hepatitis B virus was superseded by a much more sensitive and specific test in about 1976.<sup>26</sup>

It is important to note that HIV is very different from most viruses that health authorities had to deal with prior to 1981, when AIDS was first described. For one thing, although there was strong indication by mid-1982 that AIDS could be transmitted through blood, a virus later identified as HIV was not discovered until 1983 when Luc Montagnier and his associates at the Pasteur Institute in Paris isolated a virus which they named the "lymphadenopathy-associated virus", or LAV. A year later, in the United States, Robert Gallo and his co-workers also isolated a virus which they named the "human T-lymphotropic retrovirus-III", generally known as HTLV-III. Eventually, the two isolates were shown to be identical and to represent a new group of retroviruses. This new virus was named the human immunodeficiency virus, or HIV, in 1986.

In May 1984, a paper was published in the journal *Science* which described the detection of antibodies to HTLV-III in the serum of patients with AIDS.<sup>27</sup> Clearly, this was an important development in AIDS research, with significant implications for AIDS-prevention strategies, particularly respecting the safety of the blood supply. However, the ability to detect AIDS-virus antibodies in blood serum, while holding the promise for mass-testing of donated blood units to determine whether a donor had been exposed to the virus, raised important questions in the medical community:

"In 1984 and 1985 there was the debate about the validity of the HIV (antibody) assay. We didn't know then, and it took us three years to find out, that the virus could be recovered from all persons with a positive antibody result. This virus represented a new class of human pathogens."<sup>28</sup>

For most viruses that cause human and animal diseases, the existence of antibodies in the blood serum indicates that infection has occurred, the body's immune system has responded in a positive way by forming antibodies to the pathogen, and the virus usually then disappears after the initial bout of disease. For common diseases such as influenza and measles, this is the normal course of events. For some other viral diseases, such as hepatitis B for example, this may not be the case: a small percentage of persons infected by the hepatitis B virus will remain chronically, although sub-clinically, infected and be capable of transmitting the virus for their lifetimes.

---

<sup>25</sup> Dr. Peter Pinkerton, Canadian Hematology Society, Proceedings, Issue 26, 1 April 1993, p. 17.

<sup>26</sup> *Ibid.*, p. 8.

<sup>27</sup> M.G. Sarngadharan, et al, "Antibodies reactive with human T-lymphotropic retroviruses (HTLV-III) in the serum of patients with AIDS", *Science* Vol. 224, 1984, p. 506-508.

<sup>28</sup> Dr. Michael O'Shaughnessy, Proceedings, Issue 23, 11 March 1993, p. 8.

For retroviruses such as HIV, however:

"...the presence of antibody (in the serum) indicates that the infection is ongoing and most likely permanent. I know of no person who has ever been cured naturally of HIV disease. Persons with antibody are not only actively infected, they are capable of transmitting the agent. We didn't have this information in 1984 and 1985. Hence, in a way, the danger of the HIV-antibody positive person, the danger that person posed to the blood supply, was the subject of keen debate, because we didn't have the answer. What we had was an antibody assay. The other answers came three years later."<sup>29</sup>

Although there was uncertainty about the meaning of a positive blood test for HIV antibodies, it was decided that HIV-positive persons should not donate blood. The central questions in this issue are whether antibody testing was instituted as quickly as it could have been, given the state of technology and expertise at the time; and whether the decision-making process within the blood system in Canada at the time caused, or contributed to, an avoidable delay in the instituting of testing.<sup>30</sup>

In dealing with these important questions, the Sub-Committee has had to recognize that they form the substance of some of the court cases that are now taking place, or will soon take place, in a number of provinces. It is necessary, then, that we approach these questions with an appropriate degree of circumspection and care. While we have had the benefit of considerable testimony in this area, and the expression of many opinions, the issue will only be resolved completely—if, in fact, resolution is possible—after all of the available and relevant documentation of the Canadian Red Cross, the Canadian Blood Committee, and the Department of Health and Welfare, among others, has been carefully reviewed. With that caution in mind, we have examined the chronology of events, and we discuss the main points below.

As noted above, a laboratory HIV-antibody assay had been developed, and the details published in a recognized journal, in May 1984. This was not, however, a commercial system suitable for use in testing very large numbers of units of donated blood. Until well into 1985, according to Dr. Michael O'Shaughnessy, the only location in Canada able to carry out an HIV-antibody test was at the Laboratory Centre for Disease Control (LCDC) in Ottawa. From mid-1984 to late-1985, Dr. O'Shaughnessy's laboratory tested some 25,000 blood samples.<sup>31</sup>

During this period, however, rapid progress was being made in the development of a commercial test kit suitable for testing large numbers of blood donations. In February 1985, the first commercial test for screening blood for HIV antibodies was approved for marketing by the Australian government. On 2 March 1985, the United States Food and Drug Administration (FDA) approved the first commercial test for screening donated blood in that country. On March 7th, Canada's National Advisory Committee on AIDS (NAC-AIDS) recommended that the Red Cross prepare a plan for the implementation of HIV screening of donated blood. On 1 April 1985, the first ELISA screening test kit for AIDS-virus antibodies in blood went on sale in Canada; a second test went on sale on April 18th.<sup>32</sup>

---

<sup>29</sup> *Ibid.*

<sup>30</sup> A chronology of events in the HIV-infected blood issue is presented in Appendix B. Items from this chronology will be cited as parts of the various discussions throughout the body of this Report.

<sup>31</sup> Dr. Michael O'Shaughnessy, Proceedings, Issue 23, 11 March 1993, p. 7.

<sup>32</sup> See Appendix B, Chronology of Events. The ELISA test, the third generation of which is now used to screen blood for HIV antibodies, is named for the technology that the test embodies: ELISA stands for "Enzyme-Linked Immunosorbent Assay".



The testimony received by the Sub-Committee indicates some disagreement over test-implementation dates outside Canada, but it seems clear that several countries had implemented testing by the spring of 1985. Health and Welfare Canada testified that the United States FDA had confirmed 99% implementation of blood screening by the end of March 1985.<sup>33</sup> In testimony to the Sub-Committee, Dr. Norbert Gilmore, former Chairman of NAC-AIDS, stated that blood screening for HIV antibodies was fully implemented in Australia in mid-April 1985;<sup>34</sup> however, an official of the Australian Department of Health has since stated that the Australian Red Cross instituted screening at all Blood Transfusion Services "in late April/early May 1985".<sup>35</sup>

Blood screening for HIV antibodies in Canada, on a national basis, lagged behind that in the United States and Australia. The chronology of events, taken from testimony to the Sub-Committee, is clear on that point. At a time when screening of blood was virtually complete in the United States and Australia, the Canadian Red Cross Society's implementation plan for screening was still working its way through Canada's blood system. On the first of May 1985, the Red Cross plan was submitted to the Canadian Blood Committee, NAC-AIDS, and Health and Welfare Canada, and it was indicated that the system could be fully operational in 12 weeks, after receipt of "administrative and funding approval". This suggested that an August 1st starting date was possible.<sup>36</sup>

The Canadian Blood Committee approved the Red Cross plan "in principle" on June 5 but final approval was withheld pending discussions with provincial authorities. These discussions, in the form of a Consensus Meeting of provincial and territorial representatives took place in Ottawa on 4 July 1985. According to Health and Welfare Canada's chronology of events of the time, the Consensus Meeting agreed that the Red Cross plan could be implemented on 14 October if the Canadian Blood Committee approved the budget by 12 July. All the members of the Canadian Blood Committee, except Ontario, approved the Red Cross plan on 17 July; Ontario's approval was given on August 1st.<sup>37</sup> The plan was fully implemented by the Red Cross approximately 12 weeks later, on November 1st, 1985. Some blood centres were doing tests by late summer or early fall, 1985.

The implementation of a blood-screening system is a difficult and complex process, as was made clear to the Sub-Committee by several witnesses. Dr. Peter Pinkerton, representing the Canadian Hematology Society, noted that:

"...the introduction of testing cannot really be simply seen as dates on a calendar. A number of other considerations, I believe, must be borne in mind. I will try to list some of these. These are not offered as excuses. They are not even necessarily offered as reasons, but as factors that at the time appeared important and that, in retrospect, with the pure vision of hindsight, may seem inappropriate, irrelevant or minor impediments not expeditiously overcome."<sup>38</sup>

---

33 Bureau of Biologics, Health and Welfare Canada, Record of Events, 24 March 1993, (hereafter, BOB, Record of Events) tabled with the Sub-Committee on 25 March 1993.

34 Dr. Norbert Gilmore, Proceedings, Issue 20, 11 February 1993, p. 24.

35 Letter from Dr. Lance Sanders, Department of Health, Housing and Community Services, Commonwealth of Australia, 4 March 1993.

36 See Appendix B, Chronology of Events.

37 BOB, Record of Events, 24 March 1993.

38 Dr. Peter Pinkerton, Canadian Hematology Society, Proceedings, Issue 26, 1 April 1993, p. 7.

First of all, there was the question of laboratory space appropriately fitted and equipped. Many of the provinces "had to build or significantly alter existing facilities to meet the safety requirements for handling this virus."<sup>39</sup> Infection by HIV is, after all, believed to be fatal. This fact raised concerns about the proper training and protection of staff who would be carrying out the tests of donated blood.

The availability of test kits is an issue that was raised several times during the public hearings. Although FDA approval of commercial kits in the United States occurred on March 2nd, 1985, the Sub-Committee has received no evidence on the commercial availability of kits, in Canada or internationally, when testing was being implemented in various countries. However, Health and Welfare Canada has stated that in June 1984, the United States Department of Commerce issued licences to five companies to begin production of HIV test kits. While this may indicate that production of the kits may have begun nine months prior to the granting of regulatory approval, the question of availability remains unanswered.

The availability of alternate testing sites was also important at the time. In 1985 there was a fear that knowledge of the fact that the Red Cross was testing donated blood for AIDS-virus antibodies would prompt high-risk persons to donate, simply to find out if they were antibody-positive. The problem was more serious and complex than its obvious logistical aspect:

"...we had the concern represented by the alternative testing dilemma, which is that people were being asked to exclude themselves from donating blood if they had in any way been exposed to AIDS or in any way might be a carrier of it. If we suddenly made testing available, might not people then go in [just] to get tested? If the test was not perfect, we might actually increase the problem of infection rates in the blood supply."<sup>40</sup>

The ELISA test at the time was not perfect in that it produced a large number of false positives; it also produced false negatives, particularly when an infected person donated in the "window period", a span of time variously lasting weeks or months before antibodies to the virus showed up in the blood serum. In 1985, the window period was probably 16 weeks long between infection and antibody production. False negatives still occur, but the window period has been reduced to about 6 weeks.<sup>41</sup>

The real difficulties involved in implementing a national blood-screening system cannot be underestimated. Presumably, however, the Australian and United States authorities had to confront similar difficulties; yet, their systems were apparently up and running five or six months earlier than the Canadian system. It is unlikely that there was any significant knowledge gap between Canada and these two countries which can explain the delay. Scientific information on AIDS flowed freely across international borders at that time, as it does now. Furthermore, we have the testimony of Dr. O'Shaughnessy (then with Health and Welfare Canada) that he was working, with his colleagues, on the forefront of research in this area:

---

<sup>39</sup> Dr. Michael O'Shaughnessy, Proceedings, Issue 23, 11 March 1993, p. 8.

<sup>40</sup> Dr. Norbert Gilmore, Proceedings, Issue 20, 11 February 1993, p. 33.

<sup>41</sup> Dr. Michael O'Shaughnessy, Proceedings, Issue 23, 11 March 1993, p. 19.



"In May 1984 I read the three papers in the publication *Science*, and I spoke with my bosses at Health and Welfare and gave them the opinion that in fact Gallo's paper seemed to represent the major breakthrough that we were all awaiting . . . I visited Gallo's lab in 1984 and I trained at the National Institutes of Health (in the United States)."42

Thus, in May 1984, the breakthrough which eventually would lead to a commercial test for HIV antibodies in blood had been made and that fact was widely known. The questions posed to the Sub-Committee by the Executive Director of the Canadian Hemophilia Society can be repeated here with increased relevance:

"Why did the Red Cross wait until May 1985 to propose its plan for implementing testing? Why did the Canadian Blood Committee, faced with a crisis, take three months to approve funding for the proposal?"43

The Sub-Committee believes that these are important questions that should be answered. We are aware that our present study is being conducted almost ten years after the events transpired and that we have the advantage of hindsight. Information on AIDS at the time was tumbling in great profusion from clinics and laboratories into the offices of decision-makers in the public-health field. Clearly, it was a difficult time. A critical period in this story, for which complete information on events is still lacking, is the time between May 1984 and May 1985 when the Red Cross implementation plan for blood screening was submitted to the Canadian Blood Committee.

The testimony of Dr. Norbert Gilmore, Chairman of NAC-AIDS during the period under discussion, states that in August 1984, the Director of the Canadian Red Cross Blood Transfusion Service (CRC-BTS) "wrote to NAC-AIDS, asking that the Committee assist the CRC with its plans to implement donor screening in 1985."44 NAC-AIDS responded by establishing, in October 1984, a "Task Force on AIDS-Associated Retrovirus Testing in Canada". In March 1985, according to Dr. Gilmore's testimony, the Task Force requested that the CRC develop an implementation plan for blood and plasma screening and submit a report to NAC-AIDS by 30 April 1985. The Task Force also asked the Canadian Blood Committee and Health and Welfare Canada, in association with the CRC, to determine the resources necessary for screening all donations.45

A number of questions come to mind in connection with these events, and we have listed these below.

We believe that it is important to know why an implementation plan for blood screening could not have been developed by the Red Cross in late 1984 or early 1985 for implementation as soon as commercial test kits became available. If there is a valid explanation for the apparent delay between August 1984 when the Red Cross wrote to NAC-AIDS about blood screening, and March 1985 when the Task Force requested the CRC to submit its implementation plan, that explanation should be made public by the Canadian Red Cross.

Even more perplexing to this Sub-Committee is the three-month period, between May 1 and August 1, 1985, that it took the Canadian Blood Committee to approve funding for the Red Cross screening plan. In a crisis situation, such as that which existed at the time, there should have been contingency funding available from governments, through the Canadian Blood Committee, to implement blood screening as soon as a plan had been developed by the principal agency involved, the Canadian Red Cross Blood Transfusion Service.

---

42 Dr. Michael O'Shaughnessy, Proceedings, Issue 23, 11 March 1993, p. 4-5.

43 Lindee David, Canadian Hemophilia Society, Proceedings, Issue 18, 3 December 1992, p. 23.

44 Dr. Norbert Gilmore, Brief to the Sub-Committee, 11 February 1993, p. 4.

45 *Ibid.*

The Red Cross has stated to the Sub-Committee that it "...has no reason to believe that the implementation plan could not have been strictly adhered to if funding had been approved by the CBC. . .", although the Society has acknowledged that contingencies could have arisen to delay implementation. The principal contingencies identified by the Red Cross are the availability of commercial test kits at the time and the implementation of alternative test sites in the provinces.<sup>46</sup>

On May 1, 1985, the Red Cross submitted its implementation plan to the Canadian Blood Committee: the CBC responded on June 5 with "approval in principal" only. On 10 June, the CBC informed the Red Cross that final approval could not be given until other issues "beyond the Red Cross national blood program" were dealt with. These issues were discussed at a Consensus Meeting of provincial and territorial representatives in Ottawa on 4 July 1985. On 17 July, all of the provinces except Ontario approved the screening plan; Ontario's approval was given on August 1, 1985.

The Sub-Committee believes that a full disclosure of the events and discussions involving the major players in the Canadian blood system between May 1 and August 1, 1985 is essential. For example, what were the "other issues beyond the Red Cross national blood program" that had to be dealt with by the CBC before the implementation plan could be accepted? Why was a funding decision not made at the Consensus Meeting in Ottawa on July 4, 1985? What was the reason for the further two-week delay in approval by the Ontario government?

The availability of commercial test kits at the time also needs clarification. Information from the Canadian Red Cross suggests that the Chairman of NAC-AIDS advised the CRCS on June 4, 1985 that there would be "...a shortage of test kits for general, clinical, hospital or other diagnostic use (and) there would only be barely enough test kits available for Red Cross' blood donors screening by August or September. . ." This assessment was given at a meeting of the Canadian Blood Committee.<sup>47</sup> The minutes of that meeting, together with information on the availability of test kits, must be made public.

We shall revisit these important issues and questions later in this Report.

## HEAT TREATMENT OF FACTOR VIII CONCENTRATE

*Approximately 800 hemophiliacs were infected by HIV between 1980 and 1987. This represents about 40% of the total hemophiliac population. Among severe Factor VIII hemophiliacs the percentage is even higher—close to 75%.*

David Page  
Canadian Hemophilia Society<sup>48</sup>

---

<sup>46</sup> Canadian Red Cross Society, Supplementary Comment on HIV Test Implementation, 15 April 1993.

<sup>47</sup> *Ibid.*

<sup>48</sup> David Page, Canadian Hemophilia Society, Proceedings, Issue 18, 3 December 1992, p. 16.



*Everything in my life is about going forward and has been since I've known I'm HIV-positive, and everytime I'm forced to come back and deal with this, I really feel as if I'm going back. I'm angry about being forced to go backwards and I'm angry about being here today . . . I'm tired of things being unresolved for so many people . . . I want this finished.*

Rick Waines  
HIV-Positive Hemophiliac<sup>49</sup>

When three hemophiliacs in the United States were discovered to have developed AIDS in July of 1982, the possibility that the disease could be transmitted through blood or blood products was recognized. Since that time, the enormous tragedy that has struck the hemophilia community in Canada and elsewhere has become well known. Some 800 hemophiliacs in Canada, about 40% of the total hemophilia population, have become infected with HIV.<sup>50</sup> The chronological components of this tragedy are as complicated and controversial as those pertaining to the development and institution of blood screening by the Canadian Red Cross.

Hemophilia is an hereditary coagulation disorder which is sex-linked. This means that the defective genes which cause hemophilia are carried on a sex chromosome, in this case the X chromosome. Since females have two X chromosomes and males have one X and one Y chromosome, hemophilia affects only males. A woman with an X chromosome carrying a defective gene will not suffer from hemophilia because she will have a normal gene on the second X chromosome. The (male) Y chromosome does not carry complementary genes for production of coagulation factors, so all males with a defective X chromosome will have hemophilia.

All daughters of hemophiliacs will carry the defective gene inherited from their fathers. They will therefore be "carriers" of the disease, and each of their male offspring will have a 50% chance of inheriting the defective gene, and each daughter of a carrier will have a 50% chance of also being a carrier. The sons of hemophiliacs who only inherit the Y chromosome from the father will be neither hemophiliacs nor carriers of the father's hemophilia.<sup>51</sup>

There are two forms of hemophilia: hemophilia A is characterized by a deficiency of a clotting factor known as "Factor VIII"; hemophilia B affects persons deficient in "Factor IX". About 80% of hemophiliacs suffer from hemophilia A. The degree of clotting-factor deficiency can vary among hemophiliacs. The severest form of the disease occurs when the person has less than 1% of normal clotting-factor level; if the level is in the 5%-of-normal range, the individual is said to have mild hemophilia and usually will not suffer from the type of spontaneous bleeding that characterizes the severe form of the disease.<sup>52</sup>

The type of treatment required by hemophiliacs that is most strongly implicated in the tragedy of HIV-infection and AIDS is Factor VIII concentrate which is made from blood plasma. The Factor VIII concentrate is strongly implicated because concentrate is manufactured from pools of up to

---

<sup>49</sup> Rick Waines, Proceedings, Issue 18, 3 December 1992, p. 7.

<sup>50</sup> David Page, Canadian Hemophilia Society, Proceedings, Issue 18, 3 December 1992, p. 18.

<sup>51</sup> Certain hemorrhagic, or bleeding, disorders may affect persons of both sexes and require treatment with coagulation factors. One of these disorders is known as "von Willebrand's disease".

<sup>52</sup> THE MERCK MANUAL of Diagnosis and Therapy, Sixteenth Edition, Rahway, N.J., 1992, p. 1218.

17,500 units of donated plasma each. Up to four pools could be combined to produce one lot of concentrate; therefore, there could be as many as 70,000 donated units per lot of concentrate. A single HIV-infected plasma unit was capable of contaminating the entire lot of concentrate.<sup>53</sup>

In the early 1980s, when there was no way to detect HIV infection among donors, the possibility that infected blood was entering the system was much higher than it is now. In 1985, for example, after donor self-exclusion programs were established and when testing of donated blood had been implemented, the detected HIV incidence in donors in Canada was about 17 per 100,000, compared to only 2.5 per 100,000 in 1992.<sup>54</sup> In the early 1980s, therefore, any lot of Factor VIII concentrate had a high probability of being infected by HIV.

The hemophiliacs most commonly affected by HIV infection and AIDS are the hemophilia A patients requiring Factor VIII concentrate to control their bleeding problems. In severe cases, the individual might be injecting Factor VIII concentrate several times per week. The probability of any individual having a contaminated supply of Factor VIII concentrate at the time was extremely high.

There are several interactive issues which make up the very complex situation regarding hemophiliacs and the contaminated Factor VIII story during the early-and mid-1980s. The most controversial part concerns the period between November 1984, when Health and Welfare Canada issued a directive for all coagulant products to be heat-treated to kill the AIDS virus, and July 1985, when heat-treated products fully replaced non-heat-treated product on the Canadian market. During the course of the Sub-Committee hearings, this approximate seven-month period was referred to as the "transition period".

Chronologically, the discussion can start in 1980 when a German company produced a Factor VIII product that was heat-treated to kill the hepatitis B virus. This demonstrated that Factor VIII could withstand heat treatment that would kill a virus. The product was accepted for use in Germany the same year.<sup>55</sup>

In August 1982, the Bureau of Biologics in Canada requested the Red Cross and the Canadian Hemophilia Society to increase surveillance of hemophilia patients for AIDS. As the chronology in Appendix B indicates, there was considerable activity by health authorities in the latter part of 1982 and the beginning of 1983, in both the United States and Canada, in regard to the possibility that hemophiliacs might be at risk of contracting AIDS through their use of blood products. At this stage, however, HIV had not been identified and there was no means of determining whether blood or blood products were contaminated.

On January 13 1983, a Joint Statement on AIDS and its possible relation to blood transfusion was issued by the American Association of Blood banks, the American Red Cross, and the Council of Community Blood Centers. The U.S. National Hemophilia Foundation, the American Blood Commission, and the National Gay Task Force assisted in developing this statement. Also in attendance at the meeting were the American Blood Resources Association, the Centers for Disease Control and the Food and Drug Administration.

<sup>53</sup> Canadian Red Cross Society, Personal Communication, 29 April 1993.

<sup>54</sup> *Ibid.*

<sup>55</sup> See Appendix B.



The Joint Statement acknowledged that there was a possibility that AIDS could be transmitted through blood but no agent had been isolated and there was no test for the disease or for potential carriers. Therefore, the evidence for transmission of AIDS by blood transfusion was still inconclusive at that time.<sup>56</sup>

By 1984, both Montagnier in France and Gallo in the United States had published reports on the isolation of putative AIDS viruses, and a blood test to detect virus antibodies was under development. In September of that year, the Canadian Hemophilia Society met with representatives of major suppliers of Factor VIII and raised concerns about the availability of heat-treated product in the United States (which supplied the Canadian market) and its apparent unavailability in Canada. There were concerns also that there was a general shortage of Factor VIII in Canada.

The general question of the supply of Factor VIII in Canada is a controversial issue by itself. Canada is not, and never has been, self-sufficient in Factor VIII. Even today, this country is not self-sufficient in blood plasma, the source of natural clotting factors: Canada's plasma resources approximate only about 75% of our current total requirements.<sup>57</sup> In 1976, the Canadian Red Cross submitted a proposal to the Minister of National Health and Welfare to build a Canadian plasma-fractionation facility "capable of providing all the therapeutic and diagnostic blood products (including clotting factors) required by Canadian hospitals".<sup>58</sup> The Red Cross proposal was not accepted, and a Canadian fractionation plant was never constructed.

In the early 1970s, Connaught Medical Research Laboratories had begun producing some blood fractions (but not clotting factors) for the Canadian market using outdated plasma supplied by the Red Cross. After 1978, Connaught began to produce Factors VIII and IX from fresh frozen plasma. The situation became more complicated after that. In September 1980, the Interprovincial Conference of Ministers of Health set up the Interprovincial Ad Hoc Committee on Plasma Fractionation, chaired by Chapin Key, Deputy Minister of Health for British Columbia, to find solutions for this issue. One of the recommendations of the Chapin Key Committee was for Connaught to expand its capacity to process annually up to 100,000 litres of Canadian plasma, following the non-profit principle that characterizes the Canadian blood system.

In June 1981, however, an Addendum to the 1980 Chapin Key Report was prepared recommending the establishment of three Canadian plasma fractionation plants, with the eventual distribution of Canadian plasma to the three plants to be as follows: 50% to Connaught Laboratories, and 25% each to the Winnipeg Rh Institute and Institut Armand-Frappier. The Winnipeg facility opened in October 1983 with a capacity to fractionate between 50,000 and 75,000 litres of plasma per year.<sup>59</sup> However, while the Rh Institute did produce a 5% albumin product, it never produced any coagulation factors. The Institut Armand Frappier facility was never built. Thus, only the Connaught facility ever successfully produced coagulation factors in Canada.<sup>60</sup>

---

<sup>56</sup> American Association of Blood Banks, American Red Cross, and Council of Community Blood Centers, *Joint Statement on Acquired Immune Deficiency Syndrome Related To Transfusion*, January 13, 1983. (Document supplied by Canadian Red Cross Society)

<sup>57</sup> William Dobson, Canadian Blood Agency, Proceedings, Issue 19, 4 February 1993, p. 18.

<sup>58</sup> CRCS Report, 1990, p. 37.

<sup>59</sup> *Ibid.*, p. 39-40.

<sup>60</sup> Canadian Red Cross Society, Personal Communication, 16 April 1993.

This issue is controversial because the Canadian Hemophilia Society has alleged that the failure to establish efficient Canadian fractionation facilities resulted in the wastage of large amounts of Canadian plasma and worsened the eventual impact of AIDS on Canadian hemophiliacs:

"It was known at the time that [the Canadian] companies had no past record of providing high-quality, state-of-the-art blood products. Despite this knowledge, political pressures forced the Canadian Red Cross to cancel a contract with Cutter Laboratories in the U.S. in favour of Connaught Laboratories in Ontario at considerable additional cost to the taxpayer. In the end, Rh Institute and Armand-Frappier processed Canadian plasma but never produced a unit of usable factor VIII or IX concentrate.

"Connaught Laboratories was so inefficient that the equivalent of 200,000 volunteer blood donations was wasted between 1981 and 1984. This relatively safe Canadian-source plasma had to be replaced by American-source plasma that was long known to be a greater risk for viral contamination.<sup>61</sup> *This increased reliance on American-source plasma from which to manufacture blood products is the single most important cause of the high level of HIV infection among Canadian hemophiliacs.*" (Emphasis added)

This aspect of the overall fractionation issue is very important and the Sub-Committee believes that it bears directly on the question of how the decision-making process in Canada's blood system has been, and is, structured. If the supply of blood and blood products has been, or is, unduly influenced by regional rivalries, the overall safety of the system may be placed at risk.

By October 1984, evidence had been developed to show that the AIDS virus could be inactivated in Factor VIII concentrate through heat treatment. In November 1984, the Bureau of Biologics (BOB) licensed Cutter Laboratories in the United States to produce heat-treated Factor VIII for the Canadian market and also issued a directive for all Canadian coagulant products to be heat-treated as soon as possible. The BOB also recommended to the Red Cross that untreated products be replaced with heat-treated as soon as possible. On the 26th of November, 1984, the Canadian Red Cross advised Connaught Laboratories that all Canadian fresh frozen plasma would be sent to Cutter for heat treatment as of December 1st.

The questions which have arisen about events and actions during the "transition period" in 1984-1985, when both heat-treated and untreated coagulation products were on the market simultaneously, are very contentious and have caused consternation and animosity on the part of affected groups and individuals. A considerable amount of information pertinent to this issue has yet to be released, by the Canadian Red Cross and the companies involved, on the matter of inventories and availability of treated products at the time. We recognize that some of this information may be relevant to court cases and may not, therefore, be readily available.

However, some basic facts on this issue have been presented to the Sub-Committee. First, the switch-over from untreated coagulation products to heat-treated could not have been done immediately. Several witnesses stated that there was a minimum six-month period required to process new plasma once the decision was made to switch to heat-treated product.<sup>62</sup> Although, in retrospect, it may be a difficult concept to accept, the authorities—including the Canadian Red Cross, the Canadian Blood Committee, Health and Welfare Canada, and the Canadian Hemophilia Society—knew at the time that some of the untreated Factor VIII product remaining on the market was contaminated with the AIDS virus.

---

<sup>61</sup> David Page, Canadian Hemophilia Society, Proceedings, Issue 18, 3 December 1992, p. 20.

<sup>62</sup> George Weber, Canadian Red Cross Society, Proceedings, Issue 17, 26 November 1992, p. 32.



The issue of the limited availability of heat-treated Factor VIII during the transition period is also controversial and the Sub-Committee has not received adequate information on this to resolve the controversy. The Canadian Hemophilia Society has testified that, in its opinion, the authorities in charge of the blood system did not act decisively or quickly enough to obtain heat-treated product for the Canadian market:

"In October 1984, the National Hemophilia Foundation and the Centres for Disease Control in the U.S. recommended immediate switch-over to heat-treated products. Canadian Hemophilia Society representatives made four separate appeals during the month of October 1984 to the Canadian Red Cross and the Canadian Blood Committee to request the use of heat-treated products, even if this meant relying on American fractionators. Authorities resisted these recommendations despite the scientific evidence, and the Canadian Red Cross subsequently made spot purchases of non-heat-treated products."<sup>63</sup>

For its part, the Canadian Red Cross has testified that it attempted to obtain supplies of heat-treated coagulation products as quickly as possible at the time:

"In November 1984, the Bureau of Biologics requested all manufacturers then licensed in Canada to start producing heat-treated Factor VIII for the Canadian market. At that time, the majority of plasma collected by the Canadian Red Cross was being processed by Connaught Laboratories. Some of it was already being processed down in the United States in a factory owned by Cutter Biologicals at the time. Just prior to that announcement by the Bureau of Biologics, Cutter Biologicals had their heat-treated process licensed in Canada. Unfortunately, Connaught at the time did not have a licensed heat-treated process. The Canadian Red Cross then moved plasma that was destined to go to Connaught, where it was in storage in preparation to be processed, down to the Cutter plant in North Carolina. We also notified Cutter that we wanted all product coming [to] Canada to be processed in this new heat-treated format.

"Following that, there was the consensus conference [on 10 December 1984]. Shortly after that conference, we received approval from the CBC, the Canadian Blood Committee, to go out and buy heat-treated Factor VIII. We immediately placed orders at that time. Because of the long, six-month processing time, products didn't start coming into Canada until April [1985], even though we had switched to have it manufactured into the heat treatment back in November and had placed orders in December, as soon as we had approval from the government to go ahead and do so."<sup>64</sup>

As the regulator of blood products under the federal *Food and Drugs Act*, the Bureau of Biologics had the authority to demand that all untreated Factor VIII be removed from the Canadian market immediately, even though heat-treated replacement product was not available in sufficient quantity to meet the needs of the hemophiliac community. For hemophiliacs with severe Factor VIII deficiency, however, unavailability of product could have had serious, even fatal, consequences.

Dr. D. W. Boucher of the Bureau of Biologics, Health and Welfare Canada made the following statement to the Sub-Committee on this issue:

"When we [the Bureau of Biologics] made our recommendation in November [1984] that there should only be heat-treated product on the Canadian market, we recognized the fact that it wasn't going to be available immediately. There was going to be a period when you were going to

---

<sup>63</sup> David Page, Canadian Hemophilia Society, Proceedings, Issue 18, 3 December 1993, p. 21.

<sup>64</sup> Stephen Vick, Canadian Red Cross Society, Proceedings, Issue 17, 26 November 1992, p. 42.



have heat-treated and non-heat-treated [product] on the market at the same time. Then a decision had to be made. Who would get heat-treated and who would get non-heat-treated material?"<sup>65</sup>

This tragic dilemma was dealt with through a "Consensus Conference on Heat-Treated Factor VIII", convened by the Canadian Blood Committee and held in Ottawa on 10 December 1984. The purpose of the Conference was to discuss strategies for the phasing in of heat-treated product in compliance with the 16 November directive from the Bureau of Biologics.<sup>66</sup> All of the major stakeholders in the Canadian Blood System attended the Conference, including two representatives of the Canadian Hemophilia Society representing the community most affected by the situation.

The Conference endorsed the introduction of heat-treated coagulation products by May 1985, with full replacement of existing products by July 1985. The Conference made a total of nine recommendations, one of which stated, in part, that: "the criteria for the use of heat-treated and non-heat-treated concentrate during the transition period be agreed upon by the hemophilia treaters who are members of the Medical/Scientific Advisory Committee (MSAC) of the CHS, using existing national representation."<sup>67</sup>

On 20 April 1985, the MSAC recommendations on criteria for the use of heat-treated Factor VIII were approved by the CHS Board of Directors. There were six recommendations to identify priority recipients, as follows:

- Previously untreated or rarely treated patients, who require concentrate therapy during the conversion (transition) period.
- Previously treated patients known to be sero-negative for HTLV-III (HIV) antibodies.
- Young children who require concentrate during this period.
- Those regularly treated with cryoprecipitate who require factor concentrate for isolated indications, including major surgery or travel.
- The distribution across the country to be equitable.
- The decision of priorities to be done by Hemophilia Clinic Directors, in consultation with CRC BTS (Canadian Red Cross Blood Transfusion Service) Center Directors.<sup>68</sup>

It was generally known by medical and regulatory authorities at the time—late 1984 to early 1985—that there was probably already a significant level of HIV-infection among Canadian hemophiliacs. The selection criteria, listed above, implicitly make that quite clear since the criteria directed the heat-treated product to hemophiliacs who were either demonstrably seronegative for HIV antibodies, or to so-called "virgin" hemophiliacs who were unlikely to have received contaminated product in the past.

Also, on 6 December 1984, Dr. Chris Tsoukas of Montreal (with several colleagues) published a letter in the *New England Journal of Medicine* reporting preliminary findings among 54 subjects, suggesting that 56% of Canadian hemophiliacs were seropositive for the AIDS virus. Testimony to

---

<sup>65</sup> Dr. D.W. Boucher, Bureau of Biologics, Proceedings, Issue 25, 25 March 1993, p. 14.

<sup>66</sup> See Appendix B.

<sup>67</sup> Canadian Blood Committee, Recommendations of the Consensus Conference on Heat-Treated Factor VIII, December 10, 1984, Recommendation No. 8.

<sup>68</sup> Dr. Robert T. Card, Chairman, MSAC, Canadian Hemophilia Society, Letter of 25 April 1985, to Dr. D.H. Naylor, Canadian Red Cross Blood Transfusion Service.

our Sub-Committee from Dr. Michael O'Shaughnessy indicates that the early evidence of significant levels of seropositivity among Canadian hemophiliacs was released in 1984, to a conference in Vancouver in November of that year, and in "mid-1984" to NAC-AIDS and to "several scientific meetings".<sup>69</sup>

For some Factor VIII hemophiliacs, there was an alternate coagulation product available during the transition period. That product is known as "cryoprecipitate" and it is prepared from the plasma of a single donor by a freeze-thaw technique. The technique involves removing the thawed plasma before the last ice crystals dissolve; this last portion contains the Factor VIII. The bags of cryoprecipitate are stored frozen and their contents are dissolved in saline before use.<sup>70</sup> Up to ten bags of cryoprecipitate might be pooled to treat a single patient.

There are significant disadvantages to cryoprecipitate compared to concentrate. The product is very crude, containing a number of proteins in addition to Factor VIII. Thus, there is a possibility of allergic reactions in the patient. The content of Factor VIII in any given lot of cryoprecipitate is variable and is not accurately known; thus, it is difficult to calibrate dosage. The volume of material that is used in treatment is large relative to that associated with the use of Factor VIII concentrate. The product is inconvenient to use during surgery, because of the uncertainty over Factor VIII content, and it is also difficult and inconvenient to use in a home-care situation. Because cryoprecipitate must be kept frozen, it is very difficult to use during travel and in many work situations.

However, cryoprecipitate had an obvious advantage over Factor VIII concentrate during the period when the AIDS epidemic was growing. With a maximum of ten plasma donors per treatment, there was a much lower probability of encountering HIV contamination, compared to the situation with Factor VIII concentrate where up to 70,000 donor exposures might be involved in a single product lot.

Dr. Roger Perrault, the National Director for Blood Services for the Canadian Red Cross from 1974 to 1986, stated that there were adequate amounts of cryoprecipitate available for use by hemophiliacs throughout the transition period in 1984-1985.<sup>71</sup> Red Cross records show that the quantity of cryoprecipitate transfused during that period increased significantly, from 141,599 units in 1982 to 164,549 and 192,935 units in 1983 and 1984, respectively. In 1985, when heat-treated Factor VIII became generally available, the number of transfused units of cryoprecipitate dropped to 153,307, and declined further in 1986-87 to 112,365 units.<sup>72</sup>

There are a number of parts of this history that need additional clarification, however. One that has been alluded to above is the need for full documentation on supplies and inventories of heat-treated Factor VIII during the transition period. Was the transition made as quickly as possible under the circumstances at the time? Was there an avoidable delay in decision-making in the blood system to make the switch from untreated to heat-treated coagulation products in the first place? Is it possible that financial considerations played a role, for example, in the availability of funds for the purchase of replacement product?

---

<sup>69</sup> Dr. Michael O'Shaughnessy, Proceedings, Issue 23, 11 March 1993, p. 7, 10.

<sup>70</sup> *THE MERCK MANUAL of Diagnosis and Therapy*, Sixteenth Edition, Rahway, N.J., 1992, p. 1219.

<sup>71</sup> Dr. Roger Perrault, Proceedings, Issue 22, 25 February 1993, p. 25.

<sup>72</sup> *CRCS Report*, 1990, p. 113.



## COMPENSATION FOR PERSONS INFECTED WITH HIV THROUGH THE BLOOD SYSTEM

*I am absolutely terrified of getting sick, not only in terms of who is going to take care of my children, but the financial burden that comes along with it . . . We've worked hard for 20 years to build up some sort of security for ourselves and our children. I am just absolutely horrified by the financial burden I could place on my family. . .*

Mrs. Marlene Freise  
HIV-Positive From Blood Transfusion<sup>73</sup>

The compensation of persons who have become HIV-positive through contaminated blood and/or blood products was an important and recurrent theme throughout the public hearings. In addition to the pain and suffering, and the destruction of family units, there are the very large financial costs of treating HIV infection and AIDS. The impact of costs is perhaps greatest for HIV-positive hemophiliacs; all hemophiliacs are male and, in Canadian society, the male is still predominantly the principal wage-earner in the family. Moreover, most hemophiliacs cannot obtain life insurance, so they are unable to provide financial security for their families by this means.<sup>74</sup>

To date, only the federal government has provided financial compensation to persons infected by HIV through the blood system. On 14 December 1989, the (then) Minister of Health and Welfare Canada, Perrin Beatty, announced a program of assistance that would provide \$120,000 to each infected person, payable in four equal annual instalments. For most affected persons, who began receiving payments in 1990, the program will end this year. One of the cruel ironies in this situation is the fact that persons with HIV infection and AIDS are living longer as a consequence of better HIV/AIDS therapies, and therefore they will possibly be facing the worst ravages of the disease, and their greatest expenses, after government assistance payments have ceased.<sup>75</sup>

At the time the assistance program was announced, Minister Beatty commended the Canadian Hemophilia Society (CHS) for its leadership and hard work, not only on behalf of its own members, but also on behalf of non-hemophiliacs who became infected through the blood supply. One of the services offered by the Canadian Hemophilia Society is the HIV-T Support and Information Service which assists HIV-positive, blood-transfused persons who are not hemophiliacs. This group was first organized in 1988, in Calgary, at the Alberta Children's hospital, to discuss ways to trace persons infected through the blood supply. The group developed into a national organization after that.<sup>76</sup>

The Minister's News Release made clear, however, that the federal assistance program was developed on the basis of the government's compassion for the affected persons and that the government did not assume any legal liability or responsibility for the situation.

In his statement on 14 December 1989, Minister Beatty noted that he and the CHS had "discussed this issue with the provinces and together we have recognized that there are opportunities for the provinces to contribute in their own way". Since that time, there has been no

<sup>73</sup> Marlene Freise, Proceedings, Issue 17, 26 November 1992, p. 11.

<sup>74</sup> Canadian Hemophilia Society, Personal Communication, 29 April 1993.

<sup>75</sup> Health and Welfare Canada, Beatty Announces Assistance to Persons Infected With HIV From Blood Transfusions or Blood Products, News Release, 1989-99, December 14, 1989. (The spouses or partners of infected persons, who themselves become infected secondarily, do not qualify for the federal program. Newly identified HIV-infected persons continue to be accepted into the program, however.)

<sup>76</sup> Dr. John R. McDonald, Proceedings, Issue 21, 18 February 1993, p. 5.



directed provincial compensation to persons infected with HIV through the blood system, although it has been stated that there were "initial indications" that the province of Quebec was considering the matter. It has also been stated that all of the provinces agreed jointly in 1990 not to develop assistance programs for infected persons.<sup>77</sup>

On April 14th, 1993, the Minister of Health for Nova Scotia, George Moody, announced that the Nova Scotia government would develop a compensation program for persons infected by HIV-contaminated blood. Mr. Moody stated that he "did not feel bound by an agreement the provinces reached in 1990 to stick together on the compensation issue and take no unilateral action".<sup>78</sup> Minister Moody has assigned senior health officials to begin negotiations immediately with representatives of the Nova Scotia branch of the Canadian Hemophilia Society to develop the program. In making his statement, Mr. Moody said that this was not an issue of legal liability but, like the federal government's assistance program of 1989, was based on compassion for the affected persons and their families.

The Canadian Hemophilia Society has continued to insist that persons infected with HIV through the blood supply deserve more adequate compensation for the disaster that has struck their lives. The Society believes that most Canadians support provincial compensation for infected persons. This position is based on a national poll that the Society commissioned from Decima Research in April of this year.

The Decima survey involved 1,200 Canadians who were asked the degree to which they would support the point of view that "rather than having cases go to court, the provinces should fulfil their role in this plan approved (in 1989) by the federal government."<sup>79</sup> Overall, the Decima results indicate that 37% of those polled were "very supportive" of the point of view, 43% were "somewhat supportive", 10% were "not too supportive", and 6% were "not at all supportive". Thus, 80% of those polled were at least somewhat supportive of the proposition.

The matter of court cases in this area was brought up by several witnesses who appeared before the Sub-Committee. George Weber, the Secretary General and Chief Executive Officer of the Canadian Red Cross Society, referred to more than 80 law suits against the Society alone.<sup>80</sup> Other law suits are currently under way, or planned, against various governments, organizations and individuals. The Canadian Hemophilia Society has stated that its members would prefer to settle this issue out of court, in part because lawsuits are extremely taxing on individuals and families who are already under considerable strain as a result of HIV.

## RECOMMENDATIONS

### Public Inquiry Into The Canadian Blood System

The HIV/AIDS tragedy that struck more than 1,000 hemophiliacs and blood-transfused persons in the 1980s has done more than destroy lives and families. It has raised serious questions about how, and how effectively and safely, the Canadian Blood System is run. The Sub-Committee

---

<sup>77</sup> Dr. John R. McDonald, Proceedings, Issue 21, 18 February 1993, p. 15.

<sup>78</sup> Rod Mickleburgh, "N.S. to compensate victims of AIDS-tainted blood", *The Globe and Mail*, 15 April 1993.

<sup>79</sup> Canadian Hemophilia Society, *The Canadian Hemophilia Society's Position Concerning Provincial Compensation*, Press Release, April 15, 1993.

<sup>80</sup> George Weber, Canadian Red Cross Society, Proceedings, Issue 17, 26 November 1992, p. 39.

believes that it is probable that public confidence in the safety and efficiency of the system has been shaken to a significant degree. On the question of safety, this is unfortunate and unnecessary.

One of the strongest critics of the Canadian Blood System testified that, in terms of AIDS, the current Canadian system is as safe as it can reasonably be made with existing technology and knowledge.<sup>81</sup> Prior to the onset of AIDS in the late 1970s and 1980s, however, the same claims about safety could have been made. Yet, when the Canadian system was challenged by a new and puzzling pathogen, it was not, in the opinion of this Sub-Committee, able to respond with the speed and flexibility that was necessary to protect clients of the blood system from HIV-infection to the degree that should have been possible. This having been said, we must recognize that the majority of the persons infected by HIV through the blood system were probably infected before HIV-antibody testing of donors and heat-treated Factor VIII were available.

We believe it is important that the events of the 1980s should be carefully reviewed to determine why the system did not respond to the HIV/AIDS challenge as quickly as it might have. Through our public hearings, and through the medium of this Report, we have brought forward and consolidated a considerable amount of information that will assist in a further review of events.

As we have indicated in the earlier part of this Report, there are numerous unanswered questions pertaining to the events leading up to the implementation of blood-screening in November 1985. Similar questions remain regarding the full replacement of untreated Factor VIII concentrate by heat-treated product on July 1, 1985. We recognize that some of the questions may never be answered because the necessary information will have been lost with the passage of time. However, we believe a great deal of information will be accessible, and a more thorough review of the blood system should reveal it. The intent of a more thorough examination of events is not to assign blame, but to ensure that the present blood system has made the necessary adjustments in its organization and decision-making process in order to avoid a repetition of the tragic events of the 1980s.

With respect to the introduction of the ELISA test for blood-screening, the period from May 1984, when a description of a laboratory assay for HIV antibodies was published in a major scientific journal, to May 1985, when the Red Cross submitted its implementation plan to the Canadian Blood Committee, must be closely examined. A question of major importance concerns the development of the Red Cross implementation plan for blood screening. Was it not possible to have developed the plan in a shorter period of time, so that the key decisions on implementation could also have been made earlier?

The events from May 1 to August 1, 1985 must also be clarified fully. The three-month period that the Canadian Blood Committee took to approve funding for the Red Cross implementation plan must be explained. Given the fact that the blood system was confronted with a major crisis, was it not possible for contingency funding to have been made available prior to May 1, so that implementation of the testing plan could have proceeded more quickly?

All of the available documentation, whether in the form of correspondence between the various players in the system, or minutes of meetings, must be made public and carefully reviewed. Of particular interest is the Consensus Meeting of provincial and territorial representatives of 4 July 1985. Almost four weeks elapsed after that meeting before the Red Cross plan was finally approved: the delay in Ontario's decision alone accounted for half of that four-week period.

---

<sup>81</sup> Dr. Gail Rock, Proceedings, Issue 20, 11 February 1993, p. 14.



The Red Cross suggestion that there might have been a shortage of commercial test kits on the international market until the fall of 1985 must be fully assessed. The available correspondence and inventory records of the Canadian Red Cross and the various companies involved, and the minutes of meetings of the Canadian Blood Committee must be made public, to the fullest extent possible.

The transition from untreated to heat-treated Factor VIII concentrate is an important and highly-charged issue. The principal issue concerns the availability of replacement product during the transition period between November 1984 and July 1985.

The Consensus Conference of December 10, 1984 stands as a major event in the history of heat-treated Factor VIII in Canada. The conference was convened by the Canadian Blood Committee and it was intended to discuss the implementation of the requirement by the Bureau of Biologics for a changeover to heat-treated coagulation products. All of the important events in the transition to heat-treated products flowed from the discussions and decisions of that conference.

All of the major players in the Canadian blood system were present at the Consensus Conference, including the Canadian Hemophilia Society (CHS), representing the client group directly impacted by the decisions made at that time. A full disclosure of all of the documentation and discussions that took place at that conference should be made, and the information carefully reviewed. The Sub-Committee has noted the concerns of the CHS in respect of the conclusions reached at that conference, although we have received no evidence that the conference itself was in any manner inappropriately conducted.

The principal action flowing from the Consensus Conference was the introduction of heat-treated coagulation products into the Canadian blood system. The questions and concerns that have arisen in the aftermath centre on the transition period, during which untreated product was replaced by heat-treated. A full disclosure of information on inventories of both classes of products is needed, the goal being the assurance that heat-treated product was brought into the Canadian system as quickly as possible, and that no person was denied heat-treated product for any reason other than actual product availability. The regulatory activities of the Bureau of Biologics in connection with new product applications for heat-treated Factor VIII must also be reviewed.

We have already stated that we are mindful of the various civil actions that are under way in the court system, but we see no good reason why a comprehensive review should not take place anyway. For one thing, court cases may, in many instances, carry on for a period of years before resolution is achieved. We feel that there is important information to be gained from a review of the events of the 1980s that can be gathered in a fairly short period of time.

The fact that the Canadian blood system is funded by the provinces and territories through the Canadian Blood Agency, which is also the policy-making body of the system, together with the fact that the federal government has no direct involvement in the Agency, places important limitations on federal action and authority in regard to any review of the system. This fact is pertinent to the current discussion because, as a Sub-Committee of the House of Commons, we are limited in that we can make recommendations only to the federal government. We are constrained from making recommendations to provincial governments, or to other organizations or individuals.

However, the Canadian blood system is a national system in fact, and the federal government is a major player in the system through its regulatory authority under the *Food and Drugs Act*. The Canadian Red Cross Society operates the blood system under Guidelines established by the federal government which, although they do not have the force of law, have the effect of requiring the Society to follow them in order to maintain certification of its operations under the *Act*.



The Sub-Committee is aware that changes have been made in the Canadian blood system through the activities of the Canadian Blood Agency and that further changes, intended to make the system more effective and more responsive to safety issues, are under way even as this Report is being written. We have no wish to interfere with, or in any way compromise, the current initiatives of the Agency. Still, we believe that a comprehensive review of the Canadian blood system is necessary at this time, in part to fully clarify the tragic events of the 1980s, in part to reaffirm public confidence in the system, and in part to ensure that the Canadian blood system will be able to deal with future challenges as well as the myriad requirements of day-to-day operations.

We believe that the best approach to structuring an inquiry into the Canadian blood system is for a *joint federal-provincial-territorial inquiry* to be established. The federal government would take the lead in organizing the inquiry, and would provide a significant amount of the funding but it would seek the consensus support of the provinces and territories before proceeding. In order for the inquiry to deal comprehensively with the complex range of issues that must be examined, and to formulate effective recommendations that will ensure that the Canadian blood system is as safe as possible, it should have the support of both levels of government.

A joint inquiry could take several forms. Ideally, a commission would be constituted for legal purposes under the federal *Inquiries Act*, and the same body then given the status of a public inquiry for the purposes of the comparable provincial and territorial statutes. There are precedents for this, but not involving more than the federal and one provincial government. Given the administrative difficulties of setting up a formal joint inquiry involving so many governments, it should be sufficient if a federally-constituted investigation proceeded with provincial agreement and support. If one or more of the provinces or territories chose to give the commission additional status under its own public inquiries legislation, the effectiveness of the inquiry could of course be enhanced. These governments should also participate as fully as possible in the inquiry itself. The greater the degree of support and active participation, on the part of the provinces and territories, the more successful the inquiry is likely to be.

## **RÉCOMMENDATION NO. 1**

**The Sub-Committee strongly recommends that a public inquiry be carried out into the Canadian blood system, with the efficiency and safety of the system as the primary focus. The inquiry should also include, but not be limited to, a full examination of the events of the 1980s when the Canadian blood supply became contaminated by the human immunodeficiency virus, the pathogen associated with AIDS.**

## **RECOMMENDATION NO. 2**

**The Sub-Committee further recommends that the federal government take the lead in organizing, funding and carrying out the inquiry as a joint federal-provincial-territorial initiative. The Terms of Reference of this public inquiry should be developed jointly and cooperatively by the federal, provincial and territorial governments, after consultation with affected groups and organizations.**

While the best approach would be the joint governmental initiative which we have recommended above, it should not be regarded as the only way to proceed. The overriding need is for a review of the history and present state of the national blood system to be conducted, and its recommendations implemented, before the system is faced with a new threat or crisis. We are

mindful of the time that may be involved in organizing a joint inquiry, and of the administrative difficulties that may confront such an effort. It is imperative that the commencement of the inquiry not be unduly delayed, much less frustrated entirely, by the problems inherent in coordinating involvement of both levels of government.

The federal government must therefore be prepared to proceed on its own if a joint inquiry should prove to be unfeasible or unduly impeded by administrative problems. We suggest that a reasonable deadline for the organization of a joint inquiry would be the meeting of Federal/Provincial/Territorial Ministers of Health scheduled for September of this year. If by the end of that meeting any difficulties encountered in organizing the cooperative effort have not been resolved, the federal government should move quickly on its own to get an inquiry under way.

The final responsibility for ensuring that the blood and blood products supplied by the national system are safe and effective lies with the federal government. This responsibility cannot be discharged solely through the development and application of regulatory requirements for the operations through which blood is collected and processed. The federal government must ensure that the organization and administration of the system is adequate to produce a sufficient supply of blood that meets the standards that Canadians have a right to expect, standards for which it is ultimately responsible.

### RECOMMENDATION NO. 3

**The Sub-Committee recommends that, if the steps necessary to organize a joint inquiry have not been successfully completed by the end of the meeting of the Federal/Provincial/ Territorial Ministers of Health in September of 1993, the federal government should proceed as soon as possible thereafter with a federal inquiry.**

A host of complex issues and questions need to be confronted and resolved. The inquiry must not only examine the present system, from the collection of the blood to its distribution, it must determine whether the structures in place at each point along the line represent the best possible approach, and are combined into an effective overall system. We are concerned that the interrelationships of all of the governments and organizations involved are not adequately structured and coordinated. It is not clear that the various elements of the system do or can work effectively together—the provincial and territorial governments as the source of funding and administrative authority, the Canadian Blood Agency as the directing and coordinating body, the Canadian Red Cross as the operational arm of the system, and the federal government as the regulatory authority.

We are particularly concerned about the overall role of the federal government. Should it be more directly involved in the Canadian Blood Agency or whatever national authority ultimately directs the system? Dr. Peter Pinkerton, representing the Canadian Hematology Society, stated that:

"It astonishes me that probably the only national health care system in the country, the blood transfusion system, is operated by an agency on which the federal government is not represented. That to me is an anomaly."<sup>82</sup>

We agree that this seems to be a disturbing anomaly. We have noted that the federal government has a separate regulatory role, but we remain unconvinced that this should preclude or make unnecessary a further role. Does that regulatory responsibility conflict with direct

---

<sup>82</sup> Dr. Peter Pinkerton, Canadian Hematology Society, Proceedings, Issue 26, 1 April 1993, p. 13.



involvement in the administration of the system, or could the administrative and regulatory elements (and thus the safety and efficiency of the operational end of the system) not be better coordinated if the federal government were more involved in the national authority? What form should that involvement take?

The rather undefined nature of the relationship between the Canadian Blood Agency, which is mandated to direct and fund the blood system, and the Canadian Red Cross Society, which actually carries out all the operations of recruiting donors, and collecting and distributing blood, is another concern. This relationship at present is based solely on the traditional role of the Society in providing these services. Should there not be a formal contract or other concrete structural arrangements between the Agency and the Society? Are mechanisms required to ensure that the Agency has sufficient supervisory capacity regarding the financial processes of the Society's Blood Services to enable the Agency to be truly accountable for the public funding which it directs? We believe that all of these questions need to be addressed by the inquiry, and should be reflected in the inquiry's Terms of Reference.

An inquiry could look to the structures and experiences of other countries, particularly those which have a federal system similar to ours, for guidance in seeking to answer these questions. This might best be accomplished if one of the commissioners could bring to the inquiry the perspectives of other national blood systems, but it might well be sufficient for it to gather such evidence from other sources. For example, the experience of other national blood systems with directed donations, donations that are directed by the donors to specific recipients, should be looked at by the inquiry. At present, the Canadian blood system does not permit directed donations. International perspectives should thus be addressed in the inquiry's Terms of Reference.

#### **RECOMMENDATION NO. 4**

**The Sub-Committee recommends that the Terms of Reference of a public inquiry should address, among other things, an examination of the interrelationships of the governments and organizations involved in the Canadian blood system, in particular the overall role of the federal government, and the lack of a formal contract between the Canadian Blood Agency and the Canadian Red Cross Society. The possible lessons to be drawn from blood systems in other countries should also be addressed.**

A key to the success of an inquiry into a complex enterprise such as the blood system will be the makeup of the commission appointed to conduct the review. Although the federal Inquiries Act provides for the appointment of more than one commissioner, it is common for such inquiries to be conducted by a single person, often a judge. While this is an appropriate approach in many cases, particularly where the principal focus is on fact-finding, we believe that in this case a panel of commissioners would offer the broader range of expertise and experience that appears to us to be necessary. However, one member of the Sub-committee would have supported a further recommendation that the chairperson of the panel could be a superior court judge.

The overall structure of the blood system must be analyzed from a variety of perspectives. The task of the inquiry will be to ensure that all of the system's different elements are integrated into an effective whole. The spectrum of considerations will go beyond the medical and scientific fields. They will involve also the application of managerial, financial and legal principles and concerns, and perhaps others. The combined experience and expertise of the commissioners will therefore need to be as wide as possible.



While the commissioners must be able to understand the intricacies of the Canadian blood system, and the scientific foundation that supports it, they must nonetheless be fully independent from the system itself. This would not preclude consultation with the affected groups and organizations. Indeed, we would recommend such consultations as part of a process that will ensure that the commissioners chosen combine the qualities of expertise and independence.

Because national public confidence in this vital system is involved, it must be clear to all that a comprehensive examination by persons who have no direct interest in the outcome of the inquiry has been conducted. Although the independence of those conducting public inquiries is always an important principle, it is particularly appropriate to emphasize its importance in this case.

## **RECOMMENDATION NO. 5**

**The Sub-Committee recommends that the public inquiry be carried out by an independent panel of commissioners with as broad a range of expertise and experience as possible.**

A recurrent concern was voiced during our public hearings that there is no single controlling authority in charge of Canada's blood system. This is a concern that must be laid to rest.

It is clear that the Canadian blood system is national in scope, and we believe that this national focus must be affirmed and fortified. There are potential weaknesses, however, in a nationally administered system that is funded by the provinces and territories as part of their responsibility for health-care services, involving as this does twelve separate governments.

The Canadian Blood Agency is a cooperative venture of the provinces and territories. Its mandate to "direct, coordinate and finance" the national system would appear to designate it as the single controlling body, but the extent of its practical authority is not clear. The federal government has chosen not to be directly involved in the Agency, but has regulatory control over the system. This situation raises the concern and perception that no one national body is in charge.

The public inquiry will examine the overall structure of the system and its effectiveness. The inquiry must be free to be as creative as necessary in determining the best blood system for Canada. In our view, however, one key element of any structure must be an authority with a national focus and the necessary decision-making power. There needs to be a single authority in charge, and seen to be in charge, of the key areas of accountability, decision-making, communication, and response to emergencies.

The most feasible approach may well prove to be a cooperative governmental structure such as the Canadian Blood Agency. The inquiry will determine whether the appropriate body to fill this role is the Canadian Blood Agency itself, in its current or some modified form. For example, the federal government may need to be involved in the Agency in some formal way, although the primary source of the necessary authority would still appear to be the provincial and territorial governments.

Any national authority must have the necessary resources and real authority to do the job. Devising the mechanisms necessary to ensure this will, we believe, be one of the most important tasks facing the inquiry.

## **RECOMMENDATION NO. 6**

**The Sub-Committee recommends that an essential element of any Canadian blood system should be a national authority with the resources and effective power to administer the Canadian blood system, provide accountability, and respond**

**quickly and effectively to new challenges. The Terms of Reference of the public inquiry we have recommended should therefore include the determination of the best structure for such a body, and the mechanisms necessary to ensure that it can fulfil this vital role.**

## **Compensation For Persons Infected With HIV Through The Blood System**

We have discussed the issue of compensation earlier in this Report and, as a Sub-Committee, we are unanimous and firm in our conviction that persons who have been infected with HIV through the blood system should receive compensation from government. The federal government already has a program in operation but, to date, with the exception of Nova Scotia, the provincial governments have refused to provide direct compensation to the persons affected by this tragedy. As we have stated, we are constrained from making recommendations to provincial governments. We can, however, recommend that the federal government urge the provinces on compassionate grounds to reconsider their decision of 1990 not to provide compensation, and develop a compensation program in consultation with the Canadian Hemophilia Society representing the HIV-infected persons.

### **RECOMMENDATION NO. 7**

**The Sub-Committee recommends that the federal government, through the Minister of National Health and Welfare, urge and assist the provincial and territorial governments to develop and implement compensation programs for persons infected by HIV through the Canadian blood system, to complement funding already provided by the federal government.**

The continued adequacy of the federal government's compensation program has been questioned in recent months. Although we acknowledge the generosity of the original commitment, the fact remains that, for many infected persons, the compensation will end at a time when their medical expenses continue to increase. At this time, also, many infected persons will be unable to work because of their declining health status. Partly as a consequence of improved therapies, HIV-infected persons are living for longer periods; it is also now recognized that there is a great variation among individuals in the severity of infection by HIV as well as in survival times.

For these reasons, the Sub-Committee believes that the federal government should reassess the adequacy of its compensation program and consider extending the compensation package beyond the original four-year period.

### **RECOMMENDATION NO. 8**

**The Sub-Committee recommends that the Minister of National Health and Welfare reassess the adequacy of the federal government's compensation program for persons infected by HIV through the Canadian blood system, taking into account the increased survival times of persons with HIV infection, and the mounting costs of therapies.**

## **Tracing The Recipients Of HIV-Infected Blood**

The tracing of persons infected by HIV-contaminated blood is still incomplete, although a great deal of progress has been made, largely because of the admirable efforts of the HIV-T group which operates under the umbrella of the Canadian Hemophilia Society. However, this difficult process did not appear to be greatly assisted at the outset by two of the principal actors in the Canadian blood system, the Canadian Red Cross Society and the Canadian Blood Committee.



As far as we can determine, the Canadian Blood Committee played no significant role in facilitating look-back and trace-back programs to identify infected blood recipients. We do know that the Canadian Red Cross responded positively when an infected donor or recipient was identified but, although we understand that there are legal complications where persons have become infected through the blood system, we are puzzled by the nature of the response of the Society to inquiries on the part of some infected persons. We find most disturbing the actions of the Red Cross as described in the testimony of Mr. Jerald Freise, whose wife Marlene was infected by HIV during surgery in 1982, and who was identified through a routine blood test for insurance purposes:

"While we know that the blood system has failed for us, we also have reason to believe that it continues to fail in an area of great concern to us, and that is in the look-back, trace-back systems.

"I'm a representative of the Ontario HIV-T Group, and in our group we have 41 transfused, [HIV-infected] members. Of these 41 people, only five were ever contacted by the Red Cross. That's a success rate of 12%. In Ontario, there are 102 HIV-infected individuals identified, although it's estimated that there are still another 200 in Ontario alone who are infected and don't know.

"When I started to ask more questions . . . I would say that the first contact I made was to the Red Cross . . . I was given the name of a person to call, who I thought . . . could help me. That person turned out to be a Red Cross lawyer. So we have a case of a doctor referring me to a lawyer. That lawyer then sent to my lawyer a letter saying that his client had called the Red Cross, and to please make sure that it would not happen again."<sup>83</sup>

The possibility that there are still HIV-infected persons who contracted the virus from the blood system, and who are unaware of their seropositive status, is extremely serious. Some of these persons may still be asymptomatic for HIV-infection since we now know that the incubation period of the virus can be as long as ten years. However, an HIV-positive person is capable of infecting others with the virus. Thus, the urgency to identify HIV-positive persons is based on two factors: the need to start therapy as soon as possible to slow the development of HIV-disease and to deal expeditiously and effectively with opportunistic infections when they occur; and the need to contact the individual before he/she infects someone else.

The look-back and trace-back systems of the Canadian Red Cross, referred to above, need to be explained at this point. Both are dependent on the discovery of HIV seropositivity in an individual.

In the *look-back* system, if a person donating blood is found to be HIV-positive, that person's past donation record is checked. If there are past donations, the various blood units are traced through Red Cross records to determine where they were used. If they were used in transfusions, for example, the recipients of the blood are then contacted, if possible, and advised to have a test for HIV. Where recipients of the donated blood are found to be HIV-negative, it is assumed that the donor's earlier donations were also HIV-negative, and that his/her seroconversion occurred recently.

In the *trace-back* system, the search starts with an infected person who has received a blood transfusion sometime in the past. Then the transfused blood unit is identified and that unit traced back to the donor who is then contacted and asked to have an HIV test. In cases where the recipient

---

<sup>83</sup> Jerald Freise, Proceedings, Issue 17, 26 November 1992, p. 10, 19.



may have received blood or blood product from more than one donor—and in some cases, tens or even hundreds of donors might be involved—all donors must be contacted. This can be a difficult, even impossible, process because some former donors may be untraceable. It is also possible that some of the contacted donors may refuse to be tested for HIV infection.

In both systems, the procedure may be extremely difficult because the Canadian Red Cross records were not computerized in the 1980s. Thus, both the look-back and trace-back searches often have to be done manually, "...through thousands and thousands of sheets" to determine where a donated blood unit has gone, or who donated blood to an infected patient.<sup>84</sup>

The fact that the Red Cross records can only be searched manually at the present time does not mean that the record-keeping is inadequate. It only means that tracing a donated unit of blood from donor to recipient takes a long time and is, therefore, very inefficient. The Red Cross has now contracted with Etcom Canada Inc. to develop a computerized system that will, among other things, facilitate a rapid search to link future donations with donors, although past records will not be part of the new system. The new system is formally known as the Computerized Information System for Centre Operations, or "CISCO" for short. The system is not yet in operation but the Red Cross has stated that it should be up and running in the fall of this year.<sup>85</sup>

The Sub-Committee believes that a more proactive system is needed to identify persons who have become HIV-positive through the blood system. The identification of seropositive hemophiliacs was made possible because this group comprises a tightly knit community of individuals who are under constant medical care. For non-hemophiliacs who receive blood or blood products in the course of treatment, and there are hundreds of thousands of persons in any given year who require such therapy, the task of identification is immensely more difficult.

On 15 April 1993, the Hospital for Sick Children in Toronto revealed plans to notify the families of children who received blood transfusions between 1980 and 1985 that they may have been exposed to HIV. It is estimated that there are some 17,000 children who may have received transfusions in the late 1970s and early 1980s.<sup>86</sup> The program will start by sending letters to some 1,700 families of former pediatric heart patients. If this effort is successful, the identification program will be extended and enlarged. The Sub-Committee commends the Hospital for Sick Children for its initiative.

We have received some testimony in this particular area suggesting that a coordinated national identification program is needed. Robert St. Pierre is Coordinator of the HIV-T Support and Information Service, which is part of the Canadian Hemophilia Society. In his testimony to the Sub-Committee, Mr. St. Pierre suggested that:

"...it would be beneficial to set up a committee made up of representatives from the Red Cross, the Hospital Association, the College of Physicians and the individuals affected. The mandate of the committee would be to put in place ways of tracking down these cases that are geared to the particular features of each region of Canada. It is high time that a partnership be established so that we can combine our forces to try to help infected individuals."<sup>87</sup>

---

<sup>84</sup> Dr. Roslyn Herst, Canadian Red Cross Society, Proceedings, Issue 17, 26 November 1992, p. 34.

<sup>85</sup> Canadian Red Cross Society, Personal Communication, 29 April 1993.

<sup>86</sup> Henry Hess, "Children's hospital to issue HIV alert", *The Globe and Mail*, April 16, 1993.

<sup>87</sup> Robert St. Pierre, HIV-T Support and Information Service, Proceedings, Issue 17, 26 November 1992, p. 14.

At the same public hearing, the Canadian Red Cross Society responded positively to the suggestion of Mr. St. Pierre:

"... we [the Canadian Red Cross Society] are prepared to cooperate and participate in any group or any committee to deal with this situation. If it's felt by the powers that be that this is going to help the current situation, we are prepared to cooperate and participate in this group."<sup>88</sup>

Dr. Jack McDonald, who was instrumental in founding the HIV-T group that has successfully identified at least 261 HIV-positive blood-transfused individuals since 1988, suggested the following recommendation to the Sub-Committee:

"I would recommend that Health and Welfare Canada sponsor an intensive campaign to alert physicians through appropriate medical associations and to alert former transfusion patients through a carefully designed series of spot television announcements, simply saying to people that if they have continuing illnesses and have had blood transfusions, they should get themselves checked."<sup>89</sup>

The Sub-Committee agrees with the tenor and intent of these various suggestions. We believe that the effort to identify HIV-positive blood-transfused persons should be placed on a national footing and make optimal use of organizations and individuals who are skilled and knowledgeable in this area. It is important to avoid the duplication of effort because that will not make the most effective and efficient use of the available resources. We make the following recommendation.

#### **RECOMMENDATION NO. 9**

**The Sub-Committee recommends that the Minister of National Health and Welfare, as a matter of urgency, take the lead in establishing a process to identify and notify HIV-positive blood-transfused persons in Canada. This process should enlist the assistance of resources and expertise within the Canadian Red Cross Society and the HIV-T Support and Information Service of the Canadian Hemophilia Society, the Canadian Medical Association, the Canadian Public Health Association, the Canadian Hospital Association, and other appropriate organizations.**

---

<sup>88</sup> George Weber, Canadian Red Cross Society, Proceedings, Issue 17, 26 November 1992, p. 38.

<sup>89</sup> Dr. John R. McDonald, Proceedings, Issue 21, 18 February 1993, p. 10.

# Terms of Reference of the Canadian Blood Committee

## (Adopted February 1982)

---

To establish policies with regard to the following:

- a. the collection of blood, including plasmapheresis;
- b. the processing of blood;
- c. the distribution of blood products;
- d. the utilization of blood products;
- e. operational research; and
- f. support and maintenance of the four enunciated principles concerning blood and blood products;

To recommend allocation of resources to meet costs of implementing the above policies;

To assure adherence to established policies by the Canadian Red Cross, plasma fractionation plants, and others involved in the collection, processing, distribution and utilization of blood and blood products;

To consult with the Department of Industry, Trade and Commerce on appropriate policies for the export and import of human blood and blood products;

To consult with the Bureau of Biologics, Department of National Health and Welfare, on appropriate policies for the regulatory control of the collection, processing, and distribution of blood, blood products and their substitutes;

In the short term, to monitor the development of fractionation plants to ensure that their establishment is in accordance with the recommendations of Ministers of Health and allocate resources and priorities for their implementation;

To determine the real costs of producing blood fractions for Canadians and the shareable portion of capital costs to be added to the price of blood fractions;

To ensure that standards for blood, blood products and blood substitutes are developed, and to monitor that such standards are met;

To review and approve the programs and budgets of the Blood Donor Recruitment and Blood Transfusion Services of The Canadian Red Cross Society, subject to the concurrence of all Provinces and Territories;



To report annually to the Ministers of Health on all activities of the Committee;

To be a national forum for the various organizations and associations of the Canadian blood program to discuss issues, and to coordinate the activities related to the management of the Canadian blood system.

Source: The Canadian Red Cross Society, *The Canadian Red Cross Blood Programme From 1974 to 1990 – A Report to the Canadian Hematology Society*, Ottawa, 1990, p. 95.

## APPENDIX B

# Blood Screening and Heat Treatment of Blood Products in Canada

---

### CHRONOLOGY OF EVENTS

NG	=	Dr. Norbert Gilmore
GR	=	Dr. Gail Rock
CRCS	=	Canadian Red Cross Society
CHS	=	Canadian Hemophilia Society
JK	=	Ms. Joan Kent
HWC	=	Health and Welfare Canada

HIV, the virus believed to cause AIDS, originally was variously called "LAV" and "HTLV-III", by French and American researchers, respectively. The name "human immunodeficiency virus", abbreviated to HIV, was coined in 1986.

1980 -	A German company, Behringwerke, produced a Factor VIII product that was heat-treated to kill the Hepatitis B virus. The product was accepted for use in Germany in 1980, in Japan in 1981. The product was later licensed in Canada (1985) and the U.S.A. (1986). (HWC)
1981 -	The Canadian Blood Committee was established by the federal, provincial and territorial Ministers of Health to assume the role of the Federal-Provincial Programme and Budget Review Committee. In 1983, the members agreed to set up a Secretariat within Health and Welfare Canada. (HWC)
June 1981 -	AIDS was first reported by the Centers for Disease Control (CDC) in the United States.
1981 -	Seven of the first 106 people who had developed AIDS and who were reported to the CDC had been exposed to blood by injection drug use. (NG)
February 1982 -	AIDS was first reported in Canada.



July 1982 -	Three hemophiliacs had been discovered to have developed AIDS and the possibility that AIDS could be transmitted by exposure to blood products began to be appreciated. (NG)
1 August 1982 -	Eight cases of AIDS had been identified in Canada. Based on the possibility that the disease could be transmitted by blood, the Bureau of Biologics (BOB) asked the Canadian Red Cross Society (CRCS) and the Canadian Hemophilia Society (CHS) to increase surveillance of hemophilia patients for AIDS and to report cases to the federal Laboratory Centre for Disease Control (LCDC). (HWC)
November 1982 -	Three persons were reported by the CDC to have developed AIDS following blood transfusions. These observations were not without controversy and there was an acrimonious debate about the association between exposure to blood and blood products and the transmission of AIDS. (NG)
11 December 1982 -	The Canada Diseases Weekly Report from LCDC published a report of a pilot study on AIDS in hemophilia patients in Quebec, by a team that included the Chairperson of the CHS's Medical and Scientific Advisory Committee (MSAC). (HWC)
13 January 1983 -	A Joint Statement on AIDS and its possible relation to blood transfusion was developed and issued by the American Association of Blood Banks, the American Red Cross, and the Council of Community Blood Centers, with the assistance of the U.S. National Hemophilia Foundation, and other affected organizations. The Statement acknowledged that there was a possibility that AIDS could be transmitted through blood but said that the evidence for this was inconclusive. The Statement also considered the matter of surrogate testing of donated blood using non-specific markers such as hepatitis B virus antibodies, but stated: "We do not advise routine implementation of any laboratory screening program for AIDS by blood banks at this time". (HWC, CRCS)
14 January 1983 -	The U.S. National Hemophilia Foundation issued recommendations for the prevention of AIDS in hemophiliacs. (HWC)
January 1983	(between the 14th and the 24th) - The Canadian Hemophilia Society (CHS) and Health and Welfare Canada organized a meeting to discuss similar recommendations for Canadian hemophiliacs. (HWC)
7 February 1983 -	The CHS's Medical and Scientific Advisory Committee (MSAC) met with the Director of BOB and the Director General of LCDC. The department's representatives were

- present specifically to advise MSAC on the development of recommendations similar to those issued three weeks earlier in the United States. (HWC)
- 8 February 1983 - The CHS issued a press release to announce the appointment of a special scientific panel to study AIDS, as a basis for the Society to assess its impact on hemophiliacs. The President of the CHS stated: "Canadian hemophiliacs can be assured of the fact that this situation will be closely monitored and that there is no need at this moment for any hemophiliac to consider any major changes, either in method of treatment or life style, unless so advised by his treating physician. Just as quickly as new information becomes available, it will be disseminated to hemophilia communities." (HWC)
- 17 February 1983 - The CHS circulated draft recommendations to all participants who attended the 7 February meeting. The draft recommendations were to be made final at the end of the month. The CHS also drafted recommendations to the Canadian Red Cross Society and the Canadian Blood Committee. (HWC)
- March 1983 - The Baxter Company received a licence from the United States FDA for a Factor VIII product heat-treated for Hepatitis B virus. (HWC)
- March 1983 - The CDC announced that anyone at risk of developing AIDS should exclude themselves from donating blood. (NG)
- 10 March 1983 - The Canadian Red Cross Blood Transfusion Service made a similar announcement about the self-exclusion of blood donors at risk. (NG)
- May 1983 - Montagnier and his colleagues in France announced the discovery of a virus - called "LAV" - which they considered might be a causative agent of AIDS. (NG)
- Fall 1983 - The Medical Research Council of Canada funded a national study of hemophiliacs to determine problems with their immune response following treatment with various kinds of Factor VIII. Between 1983 and 1987, when the study ended, the project provided a continuing mechanism for the surveillance of hemophiliacs in the context of the AIDS epidemic. (HWC)
- 23 November 1983 - The Baxter Company (also known in Canada as Hyland) received a Canadian licence to sell the first heat-treated Factor VIII preparation (for Hepatitis B) in Canada. (HWC)
- April 1984 - The Canadian Red Cross first printed a donor brochure identifying individuals and groups at high risk for AIDS. (GR)

- May 1984 - Implementation by the Canadian Red Cross of a pamphlet incorporating general health questions and AIDS symptoms and requesting donors to self-defer. (CRCS)
- Spring 1984 - Health and Welfare Canada circulated a public-information pamphlet to alert the public to the risk of AIDS transmission through blood. (HWC)
- May 1984 - Researchers in the United States announced in the journal Science the discovery of an AIDS-associated virus - called "HTLV-III" - which they said was a potential causative agent of the syndrome. In the same issue of Science, an assay to detect antibodies of the virus in blood serum of AIDS patients was described. (NG)
- June 1984 - The United States Department of Commerce issued licences to five companies to begin production of HIV test kits. This is not, however, a licence to use the kits in the blood system. (HWC)
- 10 September 1984 - The CHS met with representatives of the major suppliers of Factor VIII to the Canadian market and raised serious concerns about the availability of heat-treated product in the United States and its apparent unavailability in Canada, and about the general shortage of supply of Factor VIII. (HWC)
- 29 September 1984 - The British medical journal The Lancet published a report on heat inactivation of a murine retrovirus, a virus affecting mice and related to HIV, in a blood product. (HWC)
- 26 October 1984 - The United States CDC confirmed that the AIDS virus experimentally added to Factor VIII concentrate could be inactivated through heat treatment. (HWC)
- 30 October 1984 - The Advisory Sub-Committee of the Canadian Blood Committee (CBC) met to discuss the issue of availability and quality of Factor VIII in Canada, an issue raised by the CHS representative, and recommended that a consensus conference on the need for heat-treated Factor VIII be held at the earliest opportunity. (HWC)
- 13 November 1984 - The Bureau of Biologics (BOB) at Health and Welfare Canada licensed Cutter Laboratories in the United States to produce heat-treated Factor VIII for Canada. (CRCS)
- 16 November 1984 - The BOB issued a directive for all Canadian coagulant products (such as Factor VIII) to be heat-treated as soon as possible. The BOB also recommended to the Canadian Red Cross Society that untreated coagulation products be replaced with heat-treated products as soon as possible. (HWC, CRCS)



- 26 November 1984 - Connaught Laboratories was advised that all Canadian fresh frozen blood plasma collected by the Canadian Red Cross would be sent to Cutter Laboratories for heat treatment, as of 1 December. (CRCS, HWC)
- 6 December 1984 - A letter from Dr. Chris Tsoukas and his co-workers was published in the New England Journal of Medicine reporting preliminary findings of a study on Canadian hemophiliacs. Their research suggested that 56% of hemophiliacs were seropositive for the AIDS virus. These findings were based on only 54 subjects and there was wide variation among subsets of the study group. (HWC)
- 10 December 1984 - A Consensus Conference on Heat-treated Factor VIII was convened by the Canadian Blood Committee (CBC) to discuss strategies for the implementation of the 16 November decision by BOB. All the major stakeholders in the blood system attended the Conference, including two representatives of the Canadian Hemophilia Society. The Conference made nine recommendations to the CBC on the implementation of the BOB decision. The Conference endorsed the introduction of heat-treated coagulation products by May 1985, with full replacement of existing products by July 1985. The Conference recommended that the use of heat-treated and non-heat-treated products during the transition period would be based on criteria to be developed by the Medical and Scientific Advisory Committee of the Canadian Hemophilia Society. (CRCS, HWC)
- 11 January 1985 - An announcement by the United States Public Health Service (PHS) required that, as of this date, all donated blood should be screened for HTLV-III (AIDS virus) antibodies, a requirement that was contingent upon approval of screening tests by the Food and Drug Administration. (NG)
- 25 January 1985 - The Red Cross reported to the Canadian Blood Committee on progress in implementing the decisions of the Consensus Conference. The first delivery of heat-treated product from Cutter Laboratories in the United States was expected in late April. (HWC)
- February 1985 - The first test for screening blood for HTLV-III antibodies was approved for marketing by the Australian government. (NG)
- 18 February 1985 - The first two lots of heat-treated Factor VIII were received from Cutter for review by BOB. The review process normally takes 4 to 6 weeks. (HWC)

- 2 March 1985 - The Food and Drug Administration (FDA) in the United States approved the first commercial test for screening donated blood. Blood collection agencies in the United States announced their intention to begin screening for HIV as soon as possible. (NG, HWC)
- 7 March 1985 - A task group of the National Advisory Committee on AIDS (NAC-AIDS) in Canada recommends that the Red Cross prepare a plan for the implementation of HIV screening of donated blood. (HWC)
- 15 March 1985 - The first supply of heat-treated Factor VIII from Cutter was released by the BOB for sale in Canada. (HWC)
- End of March 1985 - The U.S. Food and Drug Administration confirmed 99% implementation of blood screening for HIV antibodies. (HWC)
- 1 April 1985 - The first commercial ELISA test kit for AIDS virus antibodies in blood specimens went on sale in Canada. A second test kit went on sale on 18 April 1985. (HWC)
- 12 April 1985 - Health and Welfare Canada licensed a second manufacturer (Armour) to sell heat-treated Factor VIII in Canada. (HWC)
- Mid-April 1985 - Blood-screening for HIV antibodies was fully implemented in Australia. (NG)
- 19-25 April 1985 - The Medical and Scientific Advisory Committee (MSAC) of the Canadian Hemophilia Society (CHS) met to address the issue of criteria for use of heat-treated coagulation products. The criteria developed by MSAC were approved by the CHS Board of Directors on 20 April 1985. On 25 April, the Chairman of the Board of Directors wrote to the Director of the Red Cross Blood Transfusion Service to inform him of the criteria to be used to give preference to individuals for heat-treated Factor VIII during the transitional period. (HWC)
- End of April 1985 - Most American Red Cross centres were testing donated blood for AIDS virus antibodies. (GR)
- 1 May 1985 - The Canadian Red Cross plan for mass-testing of donated blood for HIV antibodies was submitted to the Laboratory Centre for Disease Control at Health and Welfare Canada, to NAC-AIDS, and to the Canadian Blood Committee. A 12-week implementation period is required after receipt of administrative and funding approval. This suggested a 1 August starting date for blood screening in Canada. (CRCS, HWC)
- 1 May 1985 - The Canadian Red Cross made available the first of its purchased supplies of heat-treated Factor VIII through its Blood Transfusion Centres. The criteria approved by the Canadian Hemophilia Society guided its distribution. (HWC)

- 5 June 1985 - The Canadian Blood Committee approved the Red Cross blood-screening plan in principle, subject to consultation with provincial ministries of health. Final approval of the plan was to be given by 30 June 1985. (HWC)
- 10 June 1985 - The Canadian Blood Committee informed the Red Cross that the blood-screening plan could not be given final approval until other issues "beyond the Red Cross national blood program" were dealt with. These issues were to be discussed with provincial authorities. (HWC)
- 1 July 1985 - The date by which the American Association of Blood Banks, the major blood-bank association in the United States, with more than 2,000 members including the American Red Cross, mandated that AIDS testing of blood be performed. (GR)
- 1 July 1985 - All Factor VIII concentrate available in Canada was now heat-treated to inactivate the AIDS virus. On 28 June, the Red Cross had advised Health and Welfare Canada that full conversion to heat-treated products would occur on 1 July. The Red Cross further advised that all non-heat-treated products would be withdrawn from use and that health-care facilities and patients would be advised to return inventories of such products. The Red Cross issued a press release to that effect on the same day. (NG, HWC)
- July 1985 - A Consensus Meeting of provincial and territorial representatives took place in Ottawa and agreed that the Red Cross screening plan should be implemented by 14 October, if the Canadian Blood Committee approved the budget by 12 July. (HWC)
- 17 July 1985 - All Canadian Blood Committee members but one - Ontario - approved the Red Cross screening plan. (HWC)
- 1 August 1985 - Ontario approved the Red Cross screening plan, allowing the Canadian Blood Committee to inform the Red Cross that their plan for HIV-antibody screening of donated blood had received budget approval. (CRCS, HWC)
- Summer 1985 - Some Red Cross Blood Transfusion Service (BTS) Centres began to screen blood for AIDS-virus antibodies. (HWC)
- 1 November 1985 - All blood donations in Canada were being screened for AIDS-virus antibodies, and a network of alternate test sites for diagnostic services was also in place. (NG, HWC)





# APPENDIX C

## List of witnesses

Associations and Individuals	Issue	Date
<b>BC Centre for Excellence in HIV AIDS</b> Michael O'Shaughnessy, Director.	23	March 11, 1993
<b>Canadian Blood Agency</b> William Dobson, Executive Director.	19	February 4, 1993
<b>Canadian Red Cross Society</b> Maung T. Aye, National Director, Blood Services; Stephen Vick, Assistant National Director, Manufacturing and Development; Roslyn Herst, Medical Director, Toronto Blood Centre; Francine Décary, Medical Director, Montreal Blood Centre.	24	March 18, 1993
George Weber, Secretary General and Chief Executive Officer; M.T. Aye, National Director, Blood Services; Stephen Vick, Assistant National Director, Manufacturing and Development; Roslyn Herst, Medical Director, Toronto Blood Centre.	17	November 26, 1992
<b>Canadian Hematology Society</b> Dr Peter Pinkerton	26	April 1, 1993
<b>Canadian Hemophilia Society</b> David Page, President; Lindee David, Interim Executive Director; John Plater, President, Hemophilia Ontario.	18	December 18, 1992
<b>Department of Health and Welfare Canada</b> Dr. W. Boucher, Acting Director, Bureau of Biologics; Janice Hopkins, Executive Director, Health Protection Branch.	25	March 25, 1993

<b>Associations and Individuals</b>	<b>Issue</b>	<b>Date</b>
<b>HIVT Group</b> Rochelle Pittman, Representative; Marlene Freise, Representative; Pierre Desmarais, Representative; Robert St. Pierre, Coordinator; Jerald Freise, Representative.	17	November 26, 1992
<b>Kent, Joan</b> Individual.	21	February 18, 1993
<b>Krassnitzky, Olaf</b> Individual.	24	March 18, 1993
<b>McGill Centre for Medicine, Ethics and Law</b> Norbert Gilmore.	20	February 11, 1993
<b>Perrault, Roger</b> Individual.	22	February 25, 1993
<b>Rock, Gail</b> Individual.	20	February 11, 1993
<b>University of Calgary</b> John R. McDonald.	21	February 18, 1993
<b>University of Montreal, Faculty of Pharmacy</b> Denise Leclerc, Dean.	22	February 25, 1993
<b>Waines, Rick;</b> <b>Waines, Terry;</b> Individuals.	18	December 3, 1992



# Request for Government Response

Your Committee requests that the Government table a comprehensive response to this report.

A copy of the relevant Minutes of Proceedings and Evidence (*Issue No. 19, which includes this report*) is tabled.

Respectfully submitted,

BARBARA GREENE,  
*Chair.*



# Minutes of Proceedings

THURSDAY, MAY 13, 1993  
(25)

[Text]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met *in camera* at 10:10 o'clock a.m. this day, in Room 307, West Block, the Chair, Barbara Greene, presiding.

*Members of the Committee present:* Edna Anderson, Barbara Greene, Jim Karpoff, Rey Pagtakhan and Stan Wilbee.

*Acting Members present:* Mary Clancy for David Walker and Bruce Halliday for Jean-Luc Joncas.

*In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament:* Odette Madore and Tom Curren, Research Officers.

The Committee proceeded to the consideration of the Third Report of the Sub-Committee on Health Issues.

It was agreed,—That the Committee ask the Chair to present the Third Report of the Sub-Committee on Health Issues as the Sixth Report to the Standing Committee to the House of Commons.

It was agreed,—That pursuant to Standing Order 109, the Committee request that the Government table a comprehensive response to this Report.

It was agreed,—That, notwithstanding Standing Order 109, the Committee request that the Government table the comprehensive response within 30 days.

It was agreed,—That the Committee print 3,000 copies of this Report, in tumble bilingual format, with a distinctive cover page.

It was agreed,—That the Committee approve the transfer of \$362.97 from its approved budget for the payment of working lunches on behalf of the Sub-Committee on Senior Citizen Health Issues during the study of its report.

It was moved,—That the Committee approve the transfer of \$1664.84 from its approved travel budget for the purpose of sending the senior analyst, Marion Wrobel, of the Sub-Committee on Poverty to meet with Officials in Toronto and Fredericton in relation to Social Services and Food Banks.

After debate, the question being put on the motion, the result of the vote was announced:  
Yeas: 3; Nays: 3.

Whereupon the Chair voted in the affirmative.



Accordingly, the motion was agreed to.

At 10:32 o'clock a. m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Eugene Morawski  
*Clerk of the Committee*







La motion est donc adoptée.

À 10 h 32, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidente.

*Le greffier du Comité,*  
Eugene Morawski

# PROCES-VERBAL

LE JEUDI 13 MAI 1993  
(25)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit à huis clos à 10 h 10, dans la salle 307 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Barbara Greene (*présidente*).

*Membres du Comité présents:* Edna Anderson, Barbara Greene, Jim Karpoff, Rey Pagtakhan et Stan Wilbee.

*Membres suppléants présents:* Mary Clancy remplace David Walker; Bruce Halliday remplace Jean-Luc Joncas.

*Aussi présents: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement:* Odette Madore et Tom Curren, attachés de recherche.

Le Comité examine le Troisième rapport du Sous-comité des questions de santé.

Il est convenu, —Que le Comité demande à la présidente de présenter à la Chambre des communes le troisième rapport du Sous-comité des questions de santé (Sixième rapport du Comité permanent).

Il est convenu, —Qu'en application de l'article 109 du Règlement, le Comité demande au gouvernement une réponse globale au rapport.

Il est convenu, —Que, par dérogation à l'article 109 du Règlement, le Comité demande au gouvernement de déposer la réponse globale dans les trente jours.

Il est convenu, —Que le Comité fasse tirer 3-000 exemplaires du rapport, format bilingue, tête-bêche, avec couverture spéciale.

Il est convenu, —Que le Comité accepte de payer à même son budget courant les frais des déjeuners de travail, au montant de 362,97 \$, pris par le Sous-comité des questions de santé concernant les personnes âgées, pendant l'examen de son rapport.

Il est proposé, —Que le Comité approuve l'imputation sur son budget courant du montant de 1 664,84 \$, afin de permettre à Marion Wrobel, analyste principal auprès du Sous-comité de la pauvreté, de se rendre à Toronto et à Fredericton, pour y rencontrer les responsables des services sociaux et des banques alimentaires.

Après débat, la motion mise aux voix, le résultat du vote est le suivant: pour, 3; contre, 3.  
Le présidente vote alors pour la motion.





# Demande de réponse du gouvernement

Le Comité prie le gouvernement de déposer une réponse globale à ce rapport.  
Un exemplaire des Procès-verbaux et témoignages pertinents (fascicule n° 19, qui comprend le présent rapport) est déposé.

Respectueusement soumis,  
*Présidence,*

BARBARA GREENE

Date	Fascicule	Organisations ou particuliers
18 mars 1993	24	<b>Société canadienne de la Croix-Rouge</b> Maung T. Aye, directeur national, Services transfusionnels; Stephen Vick, directeur national adjoint, Production et développement technologique; Roslyn Herst, directrice médicale, Centre de transfusion de Toronto; Francine Décary, directrice médicale, Centre de transfusion de Montréal. George Weber, secrétaire général et chef de la direction;
26 novembre 1992	17	M. T. Aye, directeur national, Services transfusionnels; Stephen Vick, directeur national adjoint, Production et développement technologique; Roslyn Herst, directrice médicale, Centre de transfusion de Toronto.
1 <sup>er</sup> avril 1993	26	<b>Société canadienne d'hématologie</b> Dr Peter Pinkerton
3 décembre 1992	18	<b>Société canadienne d'hérophilie</b> David Page, président; Lindee David, directrice par intérim; John Plater, président de l'hérophilie en Ontario.
18 février 1993	21	<b>Université de Calgary</b> John R. McDonald.
25 février 1993	22	<b>Université de Montréal, Faculté de pharmacie</b> Denise Leclerc, doyenne.
3 décembre 1992	18	Waines, Rick; Waines, Terry; A titre particulier.

# ANNEXE C

## Liste des témoins

Organisations ou particuliers			Fascicule	Date
Agence canadienne du sang	William Dobson, directeur général.		19	4 février 1993
	BC Centre for Excellence in HIV AIDS	Michael O'Shaughnessy, directeur.	23	11 mars 1993
Centre de médecine, d'éthique et de droit de l'Université McGill			20	11 février 1993
Groupe HIVT	Norbert Gilmore.			
	Rochelle Pittman, représentante;			
	Marlene Freise, représentante;			
	Pierre Desmarais, représentant;			
	Robert St. Pierre, coordinateur;			
Kent, Joan	Jerald Freise, représentant.			
	À titre particulier.		21	18 février 1993
Krassnitzky, Olaf	À titre particulier.			
	Ministère de la Santé et du Bien-être social Canada		24	18 mars 1993
Ministère de la Santé et du Bien-être social Canada	Dr W. Boucher, directeur intermédiaire, Bureau des produits biologiques;			
	Janice Hopkins, directrice exécutive, Direction générale de la protection de la santé.		25	25 mars 1993
Perrault, Roger	À titre particulier.			
	Rock, Gail		22	25 février 1993
Rock, Gail	À titre particulier.			
	À titre particulier.		20	11 février 1993



- Santé et Bien-être social Canada que la conversion intégrale aux produits thermiquement traités se produirait le 1<sup>er</sup> juillet. La Croix-Rouge informe en outre que tous les produits non thermiquement traités seraient retirés et que l'on dirait aux installations médicales et aux malades de renvoyer les stocks de tels produits. La Croix-Rouge publie un communiqué à cet effet le même jour. (NG, SBSC)
- Une rencontre consensuelle des représentants provinciaux et territoriaux a lieu à Ottawa. Il y est convenu que le plan de dépistage de la Croix-Rouge devrait être mis en oeuvre d'ici le 14 octobre, dans la mesure où le Comité canadien 6 du sang approuve le budget d'ici le 12 juillet. (SBSC)
- Tous les membres du Comité canadien du sang à l'exception d'un seul — l'Ontario — approuvent le plan de dépistage de la Croix-Rouge. (SBSC)
- L'Ontario approuve le plan de dépistage de la Croix-Rouge, laissant au Comité canadien du sang le soin d'informer la Croix-Rouge que son plan de dépistage des anticorps VIH du sang donné est approuvé dans le cadre du budget. (SCCR, SBSC)
- Certains centres du Service des transfusions sanguines de la Croix-Rouge (STS) commencent à dépister les anticorps du virus du SIDA dans le sang. (SBSC)
- Tous les dons de sang faits au Canada sont désormais soumis à une épreuve de dépistage des anticorps du virus du SIDA et un réseau d'autres centres de dépistage à des fins de diagnostic est également mis en place. (NG, SBSC)
- 1<sup>er</sup> novembre 1985 -
- Été 1985 -
- 1<sup>er</sup> août 1985 -
- 17 juillet 1985 -
- juillet 1985 -

- 19-25 avril 1985 - Le Comité consultatif médical et scientifique (CCMS) de la Société canadienne de l'hémophilie (SCH) se réunit pour aborder la question des critères relatifs à l'utilisation de produits coagulants thermiquement traités. Les critères mis au point par le CCMS sont approuvés par le Conseil d'administration de la SCH le 20 avril 1985. Le 25 avril, le président du Conseil d'administration écrit au directeur du Service des transfusions sanguines de la Croix-Rouge pour l'informer des critères à respecter afin d'utiliser de préférence le facteur VIII thermiquement traité au cours de la période de transition. (SBSC)
- Fin avril 1985 - La plupart des centres américains de la Croix-Rouge procèdent au dépistage des anticorps du SIDA dans le sang. (GR)
- 1<sup>er</sup> mai 1985 - La Société canadienne de la Croix-Rouge présente un plan de procéder à un dépistage de masse du VIH dans le sang au Laboratoire de lutte contre la maladie (Santé et Bien-être social Canada), au CCN-SIDA et au Comité canadien du sang. Il faut prévoir une période de mise en oeuvre de 12 semaines après les approbations administratives et financières. Cela suppose que le dépistage du sang au Canada commencera au 1<sup>er</sup> août. (SCCR, SBSC)
- 1<sup>er</sup> mai 1985 - La Société canadienne de la Croix-Rouge utilise les premiers arrivages de facteur VIII thermiquement traité dans ses centres des transfusions sanguines. Les critères approuvés par la Société canadienne de l'hémophilie en régissent la distribution. (SBSC)
- 5 juin 1985 - Le Comité canadien du sang approuve le plan de dépistage de la Croix-Rouge en principe, sous réserve de consultations avec les ministères provinciaux de la Santé. L'approbation finale du plan est prévue d'ici au 30 juin 1985. (SBSC)
- 10 juin 1985 - Le Comité canadien du sang informe la Croix-Rouge que le plan de dépistage ne peut être approuvé tant que d'autres questions dépassant le cadre du programme national du sang de la Croix-Rouge ne sont pas réglées. Ces questions doivent être débattues avec les autorités provinciales. (SBSC)
- 1<sup>er</sup> juillet 1985 - À partir de cette date, fixée par l'American Association of Blood Banks, principale association de banques de sang aux États-Unis, comptant plus de 2 000 membres, dont la Croix-Rouge américaine, tout le sang donné doit être soumis aux épreuves de dépistage du SIDA. (GR)
- 1<sup>er</sup> juillet 1985 - Tout le concentré de facteur VIII offert au Canada doit maintenant faire l'objet d'un traitement thermique visant à inactiver le virus du SIDA. Le 28 juin, la Croix-Rouge informe

11 janvier 1985 -	Les autorités sanitaires américaines (United States Public Health Service) annoncent qu'à compter du 11 janvier 1985 toutes les quantités de sang donné doivent faire l'objet d'un dépistage des anticorps du HTLV-3, exigence conditionnelle à l'approbation des épreuves de dépistage par la Food and Drug Administration. (NG)
25 janvier 1985 -	La Croix-Rouge fait état au Comité canadien du sang de l'évolution de la mise en oeuvre des décisions prises à la conférence consensuelle. La première livraison des produits thermiquement traités des Laboratoires Cutter aux États-Unis est attendue à la fin avril. (SBSC)
Février 1985 -	La première épreuve de dépistage sanguin des anticorps du HTLV-III est approuvée à des fins de commercialisation par le gouvernement australien. (NG)
18 février 1985 -	Les deux premiers lots de facteur VIII thermiquement traité parviennent de Cutter au BPB à des fins d'examen. Ce processus dure habituellement 4 à 6 semaines. (SBSC)
2 mars 1985 -	Aux États-Unis, la FDA donne son approbation à la première épreuve commerciale de dépistage pour le sang donné. Les organismes de prélèvement du sang aux États-Unis annoncent leur intention de commencer le dépistage du VIH le plus rapidement possible. (NG, SBSC)
7 mars 1985 -	Un groupe de travail du Comité consultatif national sur le SIDA (CCN-SIDA) au Canada recommande que la Croix-Rouge prépare un plan de mise en oeuvre du dépistage du VIH dans le sang donné. (SBSC)
15 mars 1985 -	Le premier approvisionnement de facteur VIII thermiquement traité des Laboratoires Cutter est distribué par le BPB pour la vente au Canada. (SBSC)
Fin du mois de mars 1985 -	La Food and Drug Administration américaine confirme une mise en oeuvre à 99 p. 100 du dépistage des anticorps VIH dans le sang. (SBSC)
1 <sup>er</sup> avril 1985 -	La première trousse commerciale d'épreuve de dépistage des anticorps du virus du SIDA dans les échantillons de sang (trousse ELISA) est mise en vente au Canada. Une deuxième trousse d'épreuve de dépistage est mise en vente le 18 avril 1985. (SBSC)
12 avril 1985 -	Santé et Bien-être social Canada octroie un visa à un deuxième fabricant (Armour) pour la vente du facteur VIII thermiquement traité au Canada. (SBSC)
Mi-avril 1985 -	La mise en oeuvre du programme de dépistage des anticorps VIH dans le sang en Australie est complète. (NG)



question soulevée par le représentant de la SCH, et recommandé qu'une conférence consensuelle sur la nécessité du traitement thermique du facteur VIII soit tenue le plus rapidement possible. (SBSC)

13 novembre 1984 - Le Bureau des produits biologiques (BPB) de Santé et Bien-être social Canada remet un visa aux Laboratoires Cutter aux États-Unis pour produire un facteur VIII thermiquement traité pour le Canada. (SCCR)

16 novembre 1984 - Le BPB publie une directive selon laquelle tous les produits coagulants canadiens (comme le facteur VIII) doivent subir dès que possible un traitement thermique. (SCCR) Le BPB recommande également à la Société canadienne de la Croix-Rouge de remplacer les produits coagulants non traités par des produits thermiquement traités le plus rapidement possible. (SBSC)

26 novembre 1984 - Les Laboratoires Connaught sont informés que tout le plasma frais congelé reçu par la Société canadienne de la Croix-Rouge est envoyé aux Laboratoires Cutter pour y subir un traitement thermique, à compter du 1<sup>er</sup> décembre. (SCCR, SBSC)

6 décembre 1984 - Une lettre du Dr Chris Tsoukas et de ses collègues, publiée dans le New England Journal of Medicine, fait état de conclusions préliminaires d'une étude sur les hémophiles canadiens. D'après cette recherche, 56 p. 100 des hémophiles sont séropositifs pour le virus du SIDA. Ces conclusions se fondent sur 54 sujets seulement; par ailleurs, la variation des sous-ensembles du groupe de sujets est importante. (SBSC)

10 décembre 1984 - Le Comité canadien du sang (CCS) organise une conférence consensuelle portant sur le traitement thermique du facteur VIII, afin de discuter plus particulièrement des stratégies de mise en oeuvre de la décision prise le 16 novembre par le BPB. Tous les principaux intervenants du système de distribution de produits sanguins participent à la conférence, y compris deux représentants de la Société canadienne de l'hémophilie. La conférence produit neuf recommandations faites au CCS quant à la mise en application de la décision du BPB. La conférence appuie l'introduction de produits coagulants thermiquement traités d'ici mai 1985, ainsi que le remplacement intégral des produits existants d'ici juillet 1985. La Conférence recommande que l'utilisation de produits thermiquement traités et non thermiquement traités au cours de la période de transition se fasse en fonction des critères que le Comité consultatif médical et scientifique de la Société canadienne de l'hémophilie doit établir. (SCCR, SBSC)

- 23 novembre 1983 - La société Baxter (connue également au Canada sous le nom de Hyland) reçoit un visa canadien pour vendre la première préparation de facteur VIII traité thermiquement (pour l'hépatite B) au Canada. (SBSC)
- Avril 1984 - La Société canadienne de la Croix-Rouge publie un premier dépliant décrivant les personnes et les groupes à risque élevé en ce qui concerne le SIDA. (GR)
- Mai 1984 - La Société canadienne de la Croix-Rouge publie un dépliant qui rentre des questions sur l'état de santé général et sur les symptômes du SIDA et où l'on demande à ceux qui pourraient être atteints de la maladie de s'abstenir de donner du sang. (SCCR)
- Printemps 1984 - Santé et Bien-être social Canada distribue une brochure d'information publique visant à sensibiliser le public au risque de la transmission du VIH par le sang. (SBSC)
- Mai 1984 - Dans un numéro de la revue Science, des chercheurs américains annoncent la découverte d'un virus associé au SIDA — le «HTLV-III» — qui serait peut-être, selon eux, un agent causal du syndrome. Le même numéro de la revue renferme un article décrivant une épreuve conçue pour détecter les anticorps du virus dans le sérum sanguin des malades atteints du SIDA. (NG)
- Juin 1984 - Le département américain du Commerce remet des visas à cinq sociétés pour qu'elles entament la production de trousses d'épreuve du VIH. Il ne s'agit pas toutefois d'un visa permettant l'utilisation de ces trousses dans le système de distribution du sang. (SBSC)
- 10 septembre 1984 - La SCH rencontre des représentants des principaux fournisseurs de facteur VIII sur le marché canadien et souève d'importantes questions à propos de la disponibilité d'un produit thermiquement traité aux États-Unis et du fait qu'il ne semble pas être disponible au Canada, ainsi qu'à propos d'une pénurie générale de facteur VIII. (SBSC)
- 29 septembre 1984 - La revue médicale britannique The Lancet publie un rapport sur l'inactivation thermique d'un rétrovirus des murides, touchant les souris et apparenté au VIH, dans un produit sanguin. (SBSC)
- 26 octobre 1984 - Les CDC des États-Unis confirment que le virus du SIDA ajouté à un concentré de facteur VIII pourrait être inactivé grâce au traitement thermique. (SBSC)
- 30 octobre 1984 - Le Sous-comité consultatif du Comité canadien du sang (CCS) se réunit pour débattre de la question de la disponibilité et de la qualité du facteur VIII au Canada,

- Le Comité consultatif médical et scientifique (CCMS) de la SCH rencontre le directeur du BPB ainsi que le directeur général du LCLM. Les représentants du ministère informent le CCMS de la mise au point de recommandations semblables à celles émises trois semaines plus tôt aux États-Unis. (SBSC)
- La SCH publie un communiqué annonçant la nomination d'un groupe scientifique spécial chargé d'étudier le SIDA, afin de permettre à la Société d'évaluer son impact sur les hémophiles. Le président de la SCH déclare : «Les hémophiles canadiens peuvent être assurés que la situation sera suivie de près et qu'ils n'ont pas, pour l'instant, besoin d'envisager de grands changements, en matière de mode de traitement ou de style de vie, à moins d'indications contraires de leur médecin traitant. Toute l'information reçue sera divulguée immédiatement aux hémophiles.» (SBSC)
- La SCH distribue l'ébauche des recommandations à tous les participants à la réunion du 7 février. Ces recommandations doivent être finalisées à la fin du mois. La SCH prépare également des recommandations pour la Société canadienne de la Croix-Rouge et le Comité canadien du sang. (SBSC)
- Mars 1983 - La société Baxter reçoit un visa de la FDA des États-Unis pour un produit facteur VIII, traité thermiquement, permettant de lutter contre le virus de l'hépatite B. (SBSC)
- Mars 1983 - Les CDC annoncent que toute personne risquant de contracter le SIDA devrait éviter d'elle-même de donner du sang. (NG)
- 10 mars 1983 - Le Service des transfusions sanguines de la Société canadienne de la Croix-Rouge fait une annonce semblable à propos de l'exclusion volontaire des donneurs de sang à risque. (NG)
- Mai 1983 - Le professeur Montagnier et ses collègues en France annoncent la découverte d'un virus — le «LAV» — qui serait peut-être, selon eux, un agent causal du SIDA. (NG)
- Automne 1983 - Le Conseil de recherches médicales du Canada finance une étude nationale sur les hémophiles afin de déterminer les problèmes de réaction immunitaire de ceux-ci à la suite d'un traitement utilisant diverses sortes de facteurs VIII. Entre 1983 et 1987, au moment où l'étude se termine, le projet offre un mécanisme constant de surveillance des hémophiles dans le contexte de l'épidémie du SIDA. (SBSC)



- Les premiers cas de SIDA sont signalés au Canada.
- Février 1982 -
- Trois cas de SIDA sont découverts chez des hémophiles. La possibilité que le SIDA puisse se transmettre par l'exposition à des produits sanguins commence à être envisagée. (NG)
- 1<sup>er</sup> août 1982 -
- Huit cas de SIDA sont identifiés au Canada. En se fondant sur l'éventualité selon laquelle la maladie pourrait être transmise par le sang, le Bureau des produits biologiques (BFB) demande à la Société canadienne de la Croix-Rouge (SCCR) et à la Société canadienne de l'hémophilie (SCH) de surveiller d'avantage les hémophiles et de signaler tout cas de SIDA au Laboratoire fédéral de lutte contre la maladie (LLCM). (SBSC)
- Novembre 1982 -
- Les CDC signalent le cas de trois personnes ayant contracté le SIDA à la suite de transfusions de sang. Les observations des CDC suscitent la controverse et provoquent un débat amer sur les liens entre, d'une part, l'exposition au sang et aux produits du sang et, d'autre part, la transmission du SIDA. (NG)
- 11 décembre 1982 -
- Le Rapport hebdomadaire des maladies au Canada du LLCM publie le rapport d'une étude pilote sur le SIDA chez les hémophiles du Québec, effectuée par une équipe comprenant le président du Comité consultatif médical et scientifique (CCMS) de la SCH. (SBSC)
- 13 janvier 1983 -
- L'American Association of Blood Banks, l'American Red Cross et le Council of Community Blood Centers, avec l'aide de la U.S. National Hemophilia Foundation, et d'autres organismes intéressés, publient une déclaration commune sur le SIDA et sur son éventuel rapport avec les transfusions de sang. Cette déclaration reconnaît qu'il est possible que le SIDA soit transmis par le sang, mais que la preuve dont on dispose à cet égard n'est pas concluante. La déclaration envisage également la question de l'épreuve indirecte pour le sang donné, utilisant des marqueurs non spécifiques, comme les anticorps du virus de l'hépatite B, mais précise: «Nous ne conseillons pas pour l'instant une mise en oeuvre systématique de programmes de dépistage du SIDA en laboratoire par les banques de sang.» (SBSC, SCCR)
- 14 janvier 1983 -
- La U.S. National Hemophilia Foundation publie des recommandations pour la prévention du SIDA chez les hémophiles. (SBSC)
- Janvier 1983
- (entre le 14 et le 24) - La Société canadienne de l'hémophilie (SCH) et Santé et Bien-être social Canada organisent une réunion afin de débattre de recommandations similaires pour les hémophiles canadiens. (SBSC)

Dépistage du VIH dans le sang et traitement thermique  
des produits sanguins au Canada

CHRONOLOGIE DES FAITS

NG	=	D <sup>r</sup> Norbert Gilmore
GR	=	D <sup>r</sup> Gail Rock
SCCR	=	Société canadienne de la Croix-Rouge
SCH	=	Société canadienne de l'hémophilie
JK	=	M <sup>me</sup> Joan Kent
SBSC	=	Santé et Bien-être social Canada
Le VIH, virus mis en cause dans le SIDA, avait à l'origine été appelé respectivement «LAV» et «HTLV-III» par des chercheurs français et américains. La désignation «virus de l'immunodéficience humaine», ou VIH sous sa forme abrégée, est apparue en 1986.		

1980 - Une société allemande, la Behringwerke, produit un facteur VIII traité thermiquement pour tuer le virus de l'hépatite B. L'utilisation de ce produit est acceptée en 1980 en Allemagne, en 1981 au Japon. Ce produit reçoit par la suite un visa au Canada, en 1985, et aux États-Unis, en 1986. (SBSC)

1981 - Les ministres de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux créent le Comité canadien du sang, lequel est chargé d'assumer le rôle du Comité d'examen fédéral-provincial des programmes et des budgets. En 1983, les membres conviennent d'instituer un secrétariat au sein de Santé et Bien-être social Canada. (SBSC)

Juin 1981 - Aux États-Unis, les premiers cas de SIDA sont signalés aux Centers for Disease Control (CDC).

1981 - Sept des 106 premières personnes à avoir contracté le SIDA sont des usagers de drogues intraveineuses qui ont été exposés à du sang infecté. (NG)

Faire rapport annuellement de toutes ses activités aux ministres de la Santé;

Servir de tribune nationale aux différentes organisations et associations du programme canadien d'approvisionnement en sang pour la discussion de différents points de vue et pour la coordination des activités liées à l'administration du système canadien.

Source: La Société canadienne de la Croix-Rouge, *The Canadian Red Cross Blood Programme From 1974 to 1990 - A Report to the Canadian Hematology Society*, Ottawa, 1990, p. 95



# Mandat du Comité canadien du sang

(adopté en février 1982)

- Etablir des lignes directrices régissant :
- a. la collecte de sang, y compris la plasmaphérèse;
  - b. le traitement du sang;
  - c. la distribution des produits du sang;
  - d. l'utilisation des produits du sang;
  - e. la recherche opérationnelle;
  - f. le respect des quatre principes énoncés relativement au sang et aux produits du sang;
- Recommander la répartition des ressources en fonction de ce que coûte la mise en application des lignes directrices précitées;

Veiller à ce que les lignes directrices établies soient respectées par la Croix-Rouge canadienne, par les laboratoires de fractionnement du plasma et par les autres intervenants dans la collecte, le traitement, la distribution et l'utilisation du sang et des produits du sang;

Consulter le ministère de l'Industrie et du Commerce au sujet des lignes directrices appropriées relativement à l'exportation et à l'importation de sang humain et de produits du sang;

Consulter le Bureau des produits biologiques de Santé et Bien-être social Canada au sujet des lignes directrices appropriées relativement à la réglementation de la collecte, du traitement et de la distribution du sang, des produits du sang et des produits de remplacement du sang;

À court terme, surveiller l'aménagement des laboratoires de fractionnement pour s'assurer qu'ils sont conformes aux recommandations des ministres de la Santé, et affecter les ressources et déterminer les priorités en vue de leur mise en service.

Déterminer ce que coûte réellement la production des fractions de sang destinées aux Canadiens et la portion partageable des coûts d'immobilisation à ajouter au coût des fractions de sang;

S'assurer que des normes sont établies relativement au sang, aux produits du sang et aux produits de remplacement et vérifier que ces normes sont respectées;

Examiner et approuver les programmes et les budgets du service de recrutement de donneurs et de service de transfusions de la Société canadienne de la Croix-Rouge, sous réserve de l'approbation des provinces et des territoires;

87  
88  
89

Robert St. Pierre, Service de soutien et de renseignements du Groupe VIH-T, *Procès-verbaux*, fascicule 17, 26 novembre 1992, p. 14.

George Weber, Société canadienne de la Croix-Rouge, *Procès-verbaux*, fascicule 17, 26 novembre 1992, p. 38.

D<sup>r</sup> John R. McDonald, *Procès-verbaux*, fascicule 21, 18 février 1993, p. 10.

Le Sous-comité recommande que le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social prenne de toute urgence l'initiative d'établir un mécanisme pour retracer et aviser les transfusés séropositifs au Canada. Ce mécanisme devrait s'adjoindre l'aide des ressources et des compétences de la Société canadienne de la Croix-Rouge et du Service de soutien et de renseignements du groupe VIH-T de la Société canadienne de l'hémophilie, de l'Association médicale canadienne, de l'Association canadienne de santé publique, de l'Association canadienne des hôpitaux et des autres organismes appropriés.

## RECOMMANDATION N° 9

Le Sous-comité est d'accord sur la teneur et l'intention de ces différentes propositions. Le travail de dépistage des transfusés séropositifs devrait être une priorité nationale et nous devrions utiliser le mieux possible les organisations et les personnes qui sont compétentes et renseignées dans ce domaine. Il est important d'éviter le double emploi; ce n'est pas la meilleure façon d'utiliser les ressources existantes. Nous faisons la recommandation suivante :

«Je recommanderais à Santé et Bien-être social Canada de parrainer une campagne intensive de sensibilisation des médecins, par l'intermédiaire des associations médicales compétentes, ainsi que de sensibilisation d'anciens transfusés, grâce à une série de courts messages télévisés soigneusement conçus pour dire aux gens que, s'ils sont constamment malades depuis qu'ils ont reçu des transfusions de sang, ils devraient se soumettre à des tests de dépistage<sup>89</sup>.»

Le D<sup>r</sup> Jack McDonald, qui a contribué à la fondation du Groupe VIH-T grâce auquel au moins 261 personnes séropositives à la suite d'une transfusion ont été dépistées depuis 1988, a fait la recommandation suivante au Sous-comité :

«[...] nous sommes prêts à coopérer avec tout groupe et à participer à tout comité chargé d'étudier cette situation. Si les pouvoirs publics sont d'avis qu'une telle mesure pourrait aider à résoudre la situation actuelle, nous sommes prêts à coopérer et à participer à ce groupe<sup>88</sup>.»

À la même séance, la Société canadienne de la Croix-Rouge a répondu positivement à la suggestion de M. St. Pierre :

«[...] il serait bénéfique qu'on forme un comité composé de la Croix-Rouge, de l'Association des hôpitaux, du Collège des médecins et de représentants de la communauté visée. Ce comité aurait comme mandat d'implanter des méthodes de dépistage fonctionnelles s'adaptant aux particularités de chaque région du Canada. Il est grand temps de former un partenariat afin de discuter et d'unir nos forces pour le bien des personnes infectées<sup>87</sup>.»

Dans le système de *retracage des receveurs*, la recherche commence par la personne infectée qui a reçu une transfusion sanguine dans le passé. L'unité de sang est alors identifiée et on remonte jusqu'au donneur avec qui on prend contact et à qui on demande de se soumettre à un test de dépistage du VIH. Dans les cas où le receveur peut avoir reçu du sang ou des produits sanguins venant de plusieurs donneurs — et dans certains cas, on parle de dizaines et même de centaines de donneurs —, tous les donneurs doivent être contactés. C'est une démarche difficile, souvent impossible, parce qu'on ne réussit pas toujours à retracer les anciens donneurs. Il arrive aussi que certains donneurs contactés refusent le test de dépistage.

Dans les deux systèmes, la procédure peut être extrêmement difficile car les dossiers de la Croix-Rouge canadienne n'étaient pas informatisés durant les années 80. Il faut donc faire les retracages des donneurs et des receveurs manuellement «(en repassant) des milliers de feuilles» pour trouver quels hôpitaux ont reçu une unité de sang ou lesquels ont donné du sang à un patient maintenant infecté<sup>84</sup>.

Ce n'est pas parce que les recherches dans les dossiers de la Croix-Rouge doivent se faire manuellement que la tenue des dossiers est inadéquate. Simplement, le retracage d'une unité de sang d'un donneur à un transfusé prend beaucoup de temps et n'est donc pas efficace. La Croix-Rouge a depuis commandé à *Eicom Canada Inc.* un système informatique qui, entre autres choses, facilitera la rapidité des recherches et permettra d'apparier les dons futurs avec les donneurs; toutefois, les dossiers antérieurs ne seront pas intégrés au nouveau système. Le nouveau système est connu sous le nom de système d'information informatisée pour les opérations du centre (CISCO). Il ne fonctionne pas encore, mais la Croix-Rouge a indiqué qu'il serait opérationnel à l'automne 1993<sup>85</sup>.

Le Sous-comité pense qu'un système plus actif s'impose pour retracer les personnes qui ont été infectées par le VIH à la suite d'une transfusion sanguine. C'est parce que ce groupe comprend une communauté étroite de personnes qui reçoivent des soins médicaux suivis que l'on a pu retracer les hémophiles séropositifs. Ce travail d'identification est beaucoup plus difficile chez les non-hémophiles qui reçoivent du sang ou des produits du sang au cours d'un traitement, et des centaines de milliers de personnes sont dans cette situation bon an mal an.

Le 15 avril 1993, le *Hospital for Sick Children* de Toronto a fait connaître son intention d'informer les familles des enfants qui ont reçu des transfusions sanguines entre 1980 et 1985 de la possibilité d'une exposition au VIH. On pense qu'environ 17 000 enfants ont reçu des transfusions à la fin des années 70 et au début des années 80<sup>86</sup>. On commencera par envoyer des lettres à quelque 1 700 familles d'ex-patients en cardiologie pédiatrique. Si cette mesure est fructueuse, le programme sera élargi. Le Sous-comité félicite le *Hospital for Sick Children* de son initiative.

Nous avons reçu des témoignages à ce sujet qui indiquent qu'un programme d'identification national coordonné est nécessaire. Robert St. Pierre est coordonnateur du Service de soutien et de renseignement du groupe VIH-T, qui relève de la Société canadienne de l'hémophilie. Dans son témoignage au Sous-comité, M. St. Pierre a dit :

84 D' Roslyn Herst, Société canadienne de la Croix-Rouge, *Procès-verbaux*, fascicule 17, 26 novembre 1992, p. 34.  
85 Société canadienne de la Croix-Rouge, communication personnelle, 29 avril 1993.  
86 Henry Hess, «Children's Hospital to issue HIV alert», *The Globe and Mail*, 16 avril 1993.



Toutefois, le processus ardu s'est déroulé au début sans l'aide de deux des principaux intervenants du système de distribution, soit la Société canadienne de la Croix-Rouge et le Comité canadien du sang.

Pour autant que l'on puisse juger, le Comité canadien du sang a peu fait pour faciliter les programmes de dépistage des donneurs et des receveurs de sang contaminé. Nous savons que la Croix-Rouge canadienne répondait positivement lorsqu'un donneur ou un receveur infecté était retracé mais, tout en comprenant qu'il y a des complications juridiques lorsqu'une personne est infectée à la suite d'une transfusion sanguine, nous sommes perplexes devant la réponse de la Société aux demandes de renseignements de la part de certaines personnes infectées. Nous trouvons particulièrement troublant les actions de la Croix-Rouge décrites dans son témoignage par M. Jerald Freise, dont la femme Marlene a été infectée par le VIH au cours d'une intervention chirurgicale en 1982 et dont l'état a été découvert à la faveur d'une simple analyse de sang demandée par une compagnie d'assurance :

«Nous sommes des laissés-pour-compte du système et nous pensons que ce problème va se perpétuer pour ce qui est de la recherche des personnes qui auraient pu être contaminées.»

«Je représente le Groupe VIH-T de l'Ontario qui se compose de 41 personnes qui ont reçu du sang contaminé par le virus VIH lors de transfusions sanguines. Sur ces 41 personnes seules cinq ont été contactées par la Croix-Rouge. Il s'agit donc d'un taux de succès de 12 p. 100. En Ontario, il y a 102 personnes séropositives identifiées même si l'on pense qu'il en existe 200 autres qui sont infectées sans le savoir.»

«Quand j'ai commencé à poser d'autres questions [. . .] je dois dire que j'ai commencé par la Croix-Rouge [. . .] on m'a donné le nom d'une personne à qui je pourrais téléphoner; j'ai pensé que c'était peut-être une personne [. . .] qui pourrait m'aider. Or, cette personne était l'avocat de la Croix-Rouge. C'est donc dire qu'un médecin disait d'appeler un avocat. Ce dernier a alors écrit à mon avocat pour lui dire que son client avait téléphoné à la Croix-Rouge et le prier de s'assurer que cela ne se reproduirait pas<sup>83</sup>.»

La possibilité que des personnes infectées par le VIH à la suite d'une transfusion sanguine ne soient pas encore conscientes de leur état est extrêmement grave. Il se peut que certaines de ces personnes soient encore asymptomatiques, étant donné que nous savons maintenant que la période d'incubation du virus peut aller jusqu'à dix ans. Une personne séropositive peut cependant en infecter d'autres. Par conséquent, l'urgence de dépister les personnes séropositives est justifiée par deux facteurs : la nécessité d'amorcer un traitement dès que possible pour ralentir la progression de l'infection et traiter rapidement et efficacement les maladies opportunistes dès qu'elles surviennent, et la nécessité de retracer la personne avant qu'il ou elle n'infecte quelqu'un d'autre.

Il est temps maintenant d'expliquer les systèmes de retraçage des donneurs et des receveurs appliqués par la Croix-Rouge canadienne. Les deux dépendent de la découverte de la séropositivité au VIH chez une personne.

Dans le système de *retracage des donneurs*, si l'on découvre qu'un donneur est séropositif au VIH, on vérifie ses antécédents de donneur. S'il a déjà donné du sang, on retracé les différentes unités de sang dans les dossiers de la Croix-Rouge pour déterminer où elles ont été utilisées. Si elles ont servi à des transfusions, par exemple, on tente de retrouver les receveurs et on leur conseille de faire analyser leur sang pour la présence du VIH. Lorsque le receveur est séronégatif, on presume que le sang donné précédemment par le donneur était aussi séronégatif et que la séroconversion du donneur s'est produite récemment.

qui l'attendent. La commission d'enquête recommandée devrait donc être chargée également de déterminer la structure qui correspond le mieux à cette entité et les mécanismes nécessaires pour veiller à ce qu'elle puisse jouer ce rôle vital.

## **Indemnisation des personnes infectées au VIH par l'intermédiaire du système de distribution**

Nous avons discuté précédemment dans le rapport de la question de l'indemnisation et, en tant que Sous-comité, nous sommes tous fermement convaincus que les personnes infectées au VIH par le biais du système de distribution doivent être dédommagées par le gouvernement. Le gouvernement fédéral a déjà mis sur pied un programme mais, exception faite jusqu'à maintenant de la Nouvelle-Écosse, les gouvernements provinciaux ont refusé d'indemniser directement les victimes touchées par cette tragédie. Comme nous l'avons déjà dit, nous ne sommes pas libres de présenter des recommandations aux gouvernements provinciaux. Nous pouvons toutefois recommander que le gouvernement fédéral exhorte les provinces, pour des raisons humanitaires, à revoir la décision prise en 1990 de ne pas verser d'indemnisation et de mettre sur pied un programme de dédommagements, de concert avec la Société canadienne de l'héphilie qui représente les personnes infectées par le VIH.

## **RECOMMANDATION N° 7**

Le Sous-comité recommande que le gouvernement fédéral, par l'intermédiaire du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, exhorte et aide les gouvernements provinciaux et territoriaux à élaborer et à réaliser des programmes d'indemnisation des personnes infectées au VIH par le système canadien de collecte et de distribution du sang, s'ajoutant aux indemnités déjà versées par le gouvernement fédéral.

On se demande depuis quelques mois si le régime d'indemnisation du gouvernement fédéral est toujours adéquat. Tout en reconnaissant la générosité du régime lorsqu'il a été créé, nous savons que beaucoup de personnes infectées cesseront de toucher leur indemnité au moment où leurs frais médicaux augmenteront. Ce sera aussi le moment où beaucoup d'entre eux ne pourront plus travailler parce que leur état de santé se sera détérioré. En partie en raison d'une thérapeutique plus efficace, les personnes infectées par le VIH vivent plus longtemps; on sait aussi maintenant que la gravité de l'infection au VIH, tout comme le temps de survie, varient énormément d'un individu à l'autre.

Pour ces raisons, le Sous-comité pense que le gouvernement fédéral doit réévaluer son programme d'indemnisation et envisager d'en prolonger la durée au-delà de la période de quatre ans prévue à l'origine.

## **RECOMMANDATION N° 8**

Le Sous-comité recommande que le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social réévalue le programme d'indemnisation fédéral pour les personnes infectées par le VIH à la suite d'une transfusion sanguine, en prenant en considération la prolongation du temps de survie des personnes infectées et l'augmentation du coût des traitements.

## **Dépistage des personnes ayant reçu du sang infecté au VIH**

Le dépistage des personnes infectées par du sang contaminé au VIH n'est pas encore terminé bien que des progrès marqués aient été réalisés, en grande partie grâce aux efforts admirables du groupe de soutien VIH-T qui relève de la Société canadienne de l'héphilie.



## RECOMMANDATION N° 5

**Le Sous-comité recommande que l'enquête publique soit menée par un comité indépendant de commissaires justifiant un vaste éventail de compétences et d'expérience.**

Parce que c'est la confiance du public envers un système primordial qui est en jeu, il ne doit y avoir aucune équivoque sur le fait que l'étude est menée par des personnes qui n'ont pas d'intérêt direct dans l'issue de l'enquête. Bien que l'objectivité de ceux qui mènent une enquête publique ait toujours été un principe fondamental, il importe tout particulièrement de le rappeler ici.

Tout au long des audiences publiques, on a déploré l'absence d'une autorité unique responsable du système. Cette crainte doit être dissipée.

Il est clair que le système canadien de collecte et de distribution du sang a une envergure nationale, et nous pensons que cette orientation nationale doit être affirmée et consolidée. Il existe évidemment des faiblesses possibles dans un système administratif à l'échelle nationale et financé par les provinces et les territoires en vertu de leur responsabilité dans le domaine des soins de santé et qui fait donc appel à douze gouvernements distincts.

L'Agence canadienne du sang est une entreprise conjointe des provinces et des territoires. Son mandat, soit de « diriger, coordonner et financer » le système national, semble la désigner d'office comme seule entité gouvernante, mais la nature de ses pouvoirs réels n'est pas claire. Le gouvernement fédéral a choisi de ne pas être associé directement à l'Agence, mais il exerce un contrôle réglementaire sur le système. Cette situation alimente la perception et la crainte selon laquelle il n'y a pas d'entité nationale aux commandes.

L'enquête publique examinera la structure globale du système et son efficacité. La commission d'enquête doit avoir toute latitude pour déterminer sans contrainte le meilleur système possible pour le Canada. À notre avis, cependant, peu importe la structure, il faut que l'autorité ait une orientation nationale et des pouvoirs décisionnels appropriés. Il faut qu'il y ait et qu'il semble y avoir une seule autorité responsable des secteurs clés ci-après : l'imputabilité, la prise de décision, la communication et la réponse aux urgences.

La solution la plus pratique sera peut-être une structure gouvernementale coopérative comme l'Agence canadienne du sang. L'enquête permettra de déterminer si la meilleure entité pour jouer ce rôle est l'Agence elle-même, dans sa forme actuelle ou modifiée. Il se peut, par exemple, que le gouvernement fédéral soit obligé de participer à l'Agence d'une manière officielle, bien que les pouvoirs nécessaires semblent résider principalement dans les provinces et les territoires.

Toute autorité nationale, quelle qu'elle soit, doit avoir les ressources voulues et des pouvoirs véritables pour jouer son rôle. Une des tâches les plus importantes qui attendent la commission d'enquête sera, à notre avis, de déterminer les mécanismes nécessaires pour y arriver.

## RECOMMANDATION N° 6

**Le Sous-comité recommande qu'un élément essentiel du système canadien d'approvisionnement en sang soit la mise en place d'une autorité nationale possédant les ressources et des pouvoirs réels pour gérer le système, pour rendre compte de son activité et pour répondre promptement et efficacement aux tâches**



mécanismes pour s'assurer que l'Agence jouit d'un pouvoir de surveillance suffisant en ce qui concerne les activités financières des Services transfusionnels de la Croix-Rouge et est à même de rendre réellement compte des fonds publics dont elle est responsable? Nous estimons que la commission d'enquête doit se pencher sur toutes ces questions et que celles-ci doivent figurer dans son mandat.

Une enquête permettrait d'examiner les structures mises en place et les résultats obtenus dans d'autres pays, surtout les fédérations semblables à la nôtre, et ainsi d'orienter nos réponses à ces questions. L'enquête pourrait certes profiter de l'expérience d'un commissaire qui apporterait sa perspective d'autres systèmes nationaux d'approvisionnement en sang, mais on pourrait aussi obtenir ces renseignements en consultant d'autres sources. Par exemple, les enquêteurs devraient examiner l'expérience acquise dans d'autres pays en ce qui concerne les dons spécifiques, soit les dons destinés à un bénéficiaire désigné par le donateur. À l'heure actuelle, le régime canadien ne permet pas les dons spécifiques. Le mandat de la commission devrait donc prévoir l'examen de ce point de vue international.

## RECOMMANDATION N° 4

**Le Sous-comité recommande que le mandat d'une commission d'enquête publique comprenne, entre autres choses, un examen des rapports entre les gouvernements et les organismes qui jouent un rôle dans le système canadien de collecte et de distribution du sang, particulièrement le rôle global du gouvernement fédéral et l'absence d'un contrat officiel entre l'Agence canadienne du sang et la Société canadienne de la Croix-Rouge. L'expérience d'autres pays dans ce domaine pourrait aussi nous fournir des leçons utiles.**

Le succès d'une enquête menée dans un domaine aussi complexe que le système de collecte et de distribution du sang dépendra étroitement de la composition de la commission qui sera nommée. En vertu de la *Loi sur les enquêtes*, plus d'un commissaire peut être nommé, mais la plupart du temps, ces enquêtes sont dirigées par une seule personne, souvent un juge. C'est la meilleure solution dans bien des cas, surtout lorsque l'enquête est orientée principalement sur la collecte de renseignements. Dans le cas qui nous occupe, nos besoins nous feraient plutôt opter pour un comité de commissaires possédant un vaste éventail de compétences et d'expérience. Toutefois, un des membres du Sous-comité aurait appuyé une recommandation voulant que le président de la commission soit un juge d'une cour supérieure.

Tout le système d'approvisionnement en sang doit être analysé en profondeur et selon différentes perspectives. La commission d'enquête aura la responsabilité de voir que tous les éléments du système sont intégrés dans un tout compréhensible. Les aspects considérés iront au-delà du médical et du scientifique. Ils toucheront aussi à l'application des principes et des aspects administratifs, financiers et juridiques, pour ne nommer que ceux-là. L'expérience et les compétences conjuguées des commissaires devront donc être aussi vastes que possible.

Les commissaires doivent être en mesure de comprendre les complexités du système canadien d'approvisionnement en sang et les bases scientifiques sur lesquelles il s'appuie, mais ils doivent néanmoins être complètement indépendants du système lui-même. Cela n'empêche pas que les groupes et organismes touchés soient consultés. En fait, nous appuyons de telles consultations dans le cadre d'un processus qui assurera que les commissaires choisis combinent compétence et indépendance.

### RECOMMANDATION N° 3

gouvernement assume l'ultime responsabilité.

Le Sous-comité recommande, s'il n'a pas été possible de prendre les mesures nécessaires pour mettre sur pied une commission d'enquête mixte à la fin de la réunion en septembre 1993 des ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la santé, que le gouvernement fédéral constitue aussi rapidement que possible une commission d'enquête fédérale.

Il y a une foule de questions et de points complexes qu'il faut présenter et étudier et auxquels nous devons trouver des réponses. La commission d'enquête doit se pencher non seulement sur le système actuel d'approvisionnement, depuis la collecte jusqu'à la distribution, elle doit également déterminer si chacune des structures en place d'un bout à l'autre du système représente la meilleure solution possible et si les structures constituent ensemble un système global efficace. Nous nous interrogeons sur la qualité de la structure et de la coordination des relations entre les gouvernements et les organisations intéressées. Nous n'avons pas pu établir si les divers éléments du système travaillent ou peuvent travailler ensemble de façon efficace — les gouvernements provinciaux et territoriaux étant la source de financement et l'autorité administrative, l'Agence canadienne du sang étant l'organe de direction et de coordination, la Croix-Rouge canadienne assurant le volet opérationnel et le gouvernement fédéral étant chargé de la réglementation.

Le rôle global joué par le gouvernement fédéral nous inquiète tout particulièrement. Doit-il participer davantage à l'Agence canadienne du sang ou à un autre organisme national chargé de diriger le système? Le Dr Peter Pinkerton, représentant de la Société canadienne d'hématologie, a affirmé :

« Cela m'étonne que dans notre régime national de soins de santé, le système de transfusion sanguine soit dirigé par une agence dont le gouvernement fédéral est absent. Je considère cela comme une anomalie<sup>82</sup>. »

Nous pensons aussi qu'il y a là une anomalie troublante. Nous avons constaté que le gouvernement fédéral joue un rôle distinct de réglementation, mais nous ne sommes pas convaincus que cela rend impossible ou inutile qu'il assume d'autres responsabilités. Est-ce que sa fonction de réglementation l'empêche de participer plus directement à l'administration du système, ou est-ce que les fonctions réglementaire et administration ne seraient pas mieux coordonnées si le gouvernement fédéral jouait un plus grand rôle au sein de l'autorité nationale, améliorant du même coup la sécurité et l'efficacité du volet opérationnel du système?

Un autre point nous inquiète : la relation mal définie qui unit l'Agence canadienne du sang, chargée de diriger et de financer le système d'approvisionnement, et la Croix-Rouge canadienne qui exécute toutes les opérations de recrutement des donneurs et de collecte et de distribution de sang. À l'heure actuelle, la relation suit le rôle que la Croix-Rouge a toujours joué en matière de prestation de services. Ne devrait-il pas exister un contrat officiel ou une autre forme d'entente établissant concrètement la relation entre l'Agence et la Croix-Rouge? Faut-il établir des



Une commission d'enquête mixte pourrait prendre diverses formes. Idéalement, elle serait constituée à des fins juridiques en vertu de la *Loi sur les enquêtes* du gouvernement fédéral et se verrait ensuite conférer le statut de commission publique aux termes des lois provinciales et territoriales équivalentes. Cela s'est déjà fait, mais seul le gouvernement fédéral et un gouvernement provincial étaient mis en cause. Étant donné les difficultés administratives liées à la création d'une commission d'enquête mixte officielle regroupant un si grand nombre de gouvernements, il pourrait suffire d'entreprendre une enquête fédérale avec l'accord et l'appui des provinces. Bien entendu, si l'une ou plusieurs des provinces ou les territoires décidaient de conférer à la commission d'enquête le statut prévu dans leurs propres lois sur les enquêtes publiques, l'efficacité de la commission s'en trouverait accrue. Les provinces et les territoires devraient également participer autant que possible à l'enquête elle-même. Plus grands seront l'appui et le niveau de participation de ces gouvernements, meilleures seront les chances de succès de l'enquête.

## RECOMMANDATION N° 1

Le Sous-comité recommande fortement que soit réalisée une enquête publique sur le système canadien de collecte et de distribution de sang, qui porterait principalement sur l'efficacité et la fiabilité du système. L'enquête comprendrait notamment un examen complet des événements qui se sont produits au cours des années 1980, lorsque les stocks canadiens de sang ont été contaminés par le virus de l'immunodéficience humaine, l'agent pathogène associé au sida.

## RECOMMANDATION N° 2

Le Sous-comité recommande en outre que le gouvernement fédéral prenne les devants afin d'organiser, de financer et de réaliser l'enquête dans le cadre d'une initiative mixte fédérale-provinciale-territoriale. Le mandat de la commission d'enquête publique serait élaboré de façon conjointe et en collaboration par le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires, après que les groupes et les organismes touchés auront été consultés.

Bien qu'il serait préférable de lancer une initiative conjointe des gouvernements comme nous le proposons ci-haut, d'autres avenues sont possibles. L'essentiel est d'étudier l'historique et l'état actuel du système national d'approvisionnement et de mettre en oeuvre des recommandations avant que le système ne soit confronté à une nouvelle menace ou crise. Nous nous soucions des délais que peut causer l'organisation d'une commission d'enquête mixte et des difficultés administratives qui peuvent alourdir une telle initiative. Il est crucial que l'enquête ne soit pas retardée inutilement ou, situation pire encore, qu'elle ne puisse pas du tout être entreprise à cause des problèmes inhérents à la coordination des efforts de deux niveaux de gouvernement.

Le gouvernement fédéral doit donc être prêt à prendre l'initiative si une commission d'enquête mixte s'avérait impossible à mettre sur pied ou surchargée de problèmes administratifs. Il nous semble raisonnable de s'attendre à ce qu'une commission d'enquête mixte soit mise sur pied au plus tard à la réunion des ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la santé, prévue pour septembre de cette année. Si, à la fin de la réunion, les difficultés relatives à l'organisation d'une telle enquête n'ont pas été résolues, le gouvernement fédéral devra agir rapidement et mettre sur pied sa propre commission.

En dernière analyse, il incombe au gouvernement fédéral de veiller à l'innocuité et à l'efficacité du sang et des produits sanguins fournis par le système national. Pour s'acquitter de sa tâche, le gouvernement fédéral ne peut se contenter d'élaborer et de mettre en application des règlements



transition pendant laquelle les produits non chauffés ont été remplacés par des concentrés traités thermiquement. Il faut donc obtenir la divulgation de toute l'information sur les stocks des deux types de produits afin de s'assurer que le produit chauffé est passé dans le système canadien aussi rapidement que possible et que personne ne s'est vu refuser un produit chauffé pour une raison autre que la non-disponibilité du produit. Il faut également examiner les activités de réglementation du Bureau des produits biologiques touchant les nouvelles utilisations du facteur VIII chauffé.

Nous avons déjà souligné que nous sommes conscients des diverses actions civiles dont est saisi le système judiciaire; néanmoins, il ne nous semble pas utile d'attendre avant d'entreprendre un examen exhaustif des événements. En effet, il est très possible que bon nombre des cas en instance trahent pendant des années avant d'être réglés. Or, nous estimons qu'un examen des événements qui se sont produits au cours des années 1980 permettra de recueillir assez rapidement des renseignements importants.

Étant donné que le système canadien de collecte et de distribution du sang est financé par les provinces et les territoires par l'intermédiaire de l'Agence canadienne du sang, qui est également l'organe directeur du système, et que le gouvernement fédéral ne fait pas partie de l'Agence, celui-ci voit son pouvoir d'examen du système considérablement limité. Il convient de souligner ce fait puisque, en tant que Sous-comité de la Chambre des communes, les recommandations que nous formulons ne peuvent s'adresser qu'au gouvernement fédéral. Il nous est difficile de formuler des recommandations à l'intention des gouvernements provinciaux, d'autres organismes ou d'individus.

Toutefois, le système canadien de collecte et de distribution du sang est un système national et le gouvernement fédéral y joue un rôle de taille en raison de son pouvoir de réglementation prévu en vertu de la *Loi sur les aliments et drogues*. La Société canadienne de la Croix-Rouge assure le fonctionnement du système de distribution aux termes de lignes directrices établies par le gouvernement fédéral, lignes directrices qui, bien qu'elles n'aient pas force de loi, doivent être respectées par la Société afin qu'elle conserve son droit de fonctionnement en vertu de la *Loi*.

Le Sous-comité est conscient du fait que l'Agence canadienne du sang a apporté des changements au système de distribution et que d'autres modifications, conçues afin de rendre le système plus efficace et plus attentif aux problèmes de sécurité, sont en voie d'être effectuées au moment où nous rédigeons ces lignes. Nous ne voulons pas nous immiscer dans les affaires de l'Agence ou compromettre ses initiatives actuelles. Néanmoins, nous estimons nécessaire d'effectuer à l'heure actuelle un examen exhaustif du système canadien de collecte et de distribution du sang et ce pour trois raisons : en premier lieu, afin de bien élucider les événements tragiques qui se sont produits au cours des années 1980; en deuxième lieu, pour renouveler la confiance du public dans le système; en troisième lieu, afin de veiller à ce que l'Agence canadienne du sang soit capable de faire face aux défis que lui réserve l'avenir et aux multiples exigences de ses opérations quotidiennes.

Nous estimons que la meilleure façon d'enquêter sur le système canadien d'approvisionnement est de constituer une *commission d'enquête mixte fédérale-provinciale-territoriale*. Le gouvernement fédéral prendrait les devants pour en assurer l'organisation et fournirait une bonne part du financement, mais il s'assurerait d'avoir l'appui des provinces et des territoires avant d'aller de l'avant. Pour que la commission d'enquête effectue une étude approfondie de l'éventail des questions complexes à examiner et puisse formuler des recommandations efficaces qui assureront que le système canadien est le plus sécuritaire possible, elle doit bénéficier de l'appui des deux niveaux de gouvernement.

En ce qui concerne l'adoption du test ELISA servant au dépistage sanguin, il convient d'examiner attentivement la période allant de mai 1984, moment auquel les résultats d'une épreuve de laboratoire sur les anticorps anti-VIH ont été publiés dans une importante revue scientifique, jusqu'à mai 1985, date à laquelle la Croix-Rouge a présenté son plan de mise en oeuvre au Comité canadien du sang. Une question cruciale se pose touchant l'élaboration par la Croix-Rouge de son plan de mise en oeuvre du dépistage sanguin : n'était-il pas possible d'élaborer le plan plus rapidement afin que les décisions cruciales touchant la mise en oeuvre soient prises plus tôt?

Il faut également bien élucider les événements qui se sont produits entre le 1<sup>er</sup> mai 1985 et le 1<sup>er</sup> août 1985, soit la période de trois mois qu'il a fallu au Comité canadien du sang pour approuver le financement nécessaire au plan de mise en oeuvre de la Croix-Rouge. Étant donné l'importante crise que traversait le système d'approvisionnement, n'aurait-il pas été possible d'avancer des fonds d'urgence avant le 1<sup>er</sup> mai afin d'entreprendre plus tôt la mise en oeuvre du plan de dépistage?

Toute la documentation existante, qu'il s'agisse de correspondance échangée par les divers intervenants ou de procès-verbaux, doit être rendue publique et soigneusement étudiée. La réunion consensuelle des représentants provinciaux et territoriaux, tenue le 4 juillet 1985, présente un intérêt tout particulier. Il s'est écoulé presque quatre semaines après cette réunion avant que le plan de la Croix-Rouge ne soit finalement approuvé. L'Ontario à lui seul, en reportant sa décision, a causé la moitié du retard de quatre semaines.

Il faut bien étudier l'affirmation de la Croix-Rouge selon laquelle, jusqu'à l'automne 1985, il y avait peut-être un manque de troussees commerciales de dépistage sur le marché international. Il faut, autant que faire se peut, rendre publics la correspondance et les dossiers d'inventaire de la Croix-Rouge et des diverses sociétés visées, ainsi que les procès-verbaux des réunions du Comité canadien du sang.

La transition du concentré de facteur VIII non chauffé au concentré traité thermiquement est une question importante et plutôt explosive. Le point essentiel à étudier est la disponibilité d'un produit de remplacement pendant la période de transition qui va de novembre 1984 à juillet 1985. La conférence consensuelle du 10 décembre 1984 est l'un des événements marquants de l'histoire du facteur VIII chauffé au Canada. Elle a été convoquée par le Comité canadien du sang afin de discuter de la mise en application des exigences du Bureau des produits biologiques qui demandait la transition aux produits traités thermiquement. Tous les événements importants touchant la transition aux produits traités thermiquement sont le résultat des discussions tenues et des décisions prises à cette conférence.

Tous les principaux intervenants du système canadien de collecte et de distribution du sang étaient présents à la conférence consensuelle, y compris la Société canadienne de l'hémophilie qui représentait le groupe client directement touché par les décisions prises. Toute la documentation présentée et les discussions tenues lors de cette conférence devraient être divulguées, et l'information devra être étudiée attentivement. Le Sous-comité a pris acte des préoccupations de la Société canadienne de l'hémophilie en ce qui concerne les conclusions de la conférence, mais rien n'indique que le déroulement de cette dernière ait laissé à désirer.

La principale mesure découlant de la conférence consensuelle a été l'introduction de produits de coagulation chauffés dans le système canadien de collecte et de distribution du sang. Les questions et les préoccupations soulevées par la suite portent surtout sur la période de



## RECOMMANDATIONS

### Enquête publique sur le système canadien de collecte et de distribution des produits sanguins

de la Croix-Rouge, cette dernière ferait à elle seule l'objet de quelque 80 poursuites judiciaires<sup>80</sup>. D'autres sont prévues ou en instance contre certains gouvernements, organismes ou particuliers. La Société canadienne de l'hémophilie affirme que ses membres préféreraient régler la question hors cour, en partie parce que la contestation judiciaire est extrêmement pénible pour des particuliers et leurs familles déjà fortement éprouvés par le VIH.

Le VIH et le sida ont touché de façon tragique la vie de plus de 1 000 hémophiles et transfusés au cours des années 1980, détruisant vies et familles. Mais cette tragédie a également soulevé de graves questions sur la façon dont fonctionne le système canadien de collecte et de distribution des produits sanguins, ainsi que sur son efficacité et sa fiabilité. Le Sous-comité estime que la confiance du public dans la fiabilité et l'efficacité du système a sans doute été considérablement ébranlée. Or, cette perte de confiance dans la fiabilité du système est malheureuse et n'est pas nécessaire.

L'un des plus vigoureux critiques du système canadien de distribution a affirmé que celui-ci était aussi sécuritaire, en ce qui concerne le sida, qu'il pouvait raisonnablement l'être, étant donné l'état des technologies et des connaissances actuelles<sup>81</sup>. Toutefois, avant l'apparition du sida à la fin des années 1970 et au cours des années 1980, on aurait pu faire la même affirmation au sujet de la sécurité. Et pourtant, le Sous-comité a constaté que le système canadien, quand il a été confronté à un mystérieux nouvel agent pathogène, n'a pas pu réagir avec toute la célérité et la souplesse qui auraient été nécessaires afin de protéger suffisamment les clients du système contre l'infection au VIH. Cela étant dit, il faut convenir que la majorité des personnes infectées au VIH par l'intermédiaire du système l'ont probablement été avant la mise au point de la détection de l'anticorps anti-VIH chez les donneurs et du facteur VIII traité thermiquement.

Nous estimons important d'examiner soigneusement les événements des années 1980 afin de découvrir pourquoi le système n'a pas réagi aussi rapidement qu'il aurait dû au défi posé par le VIH et le sida. Les audiences publiques tenues et le présent rapport nous ont permis de réunir une somme considérable d'information qui sera utile dans le cas d'un examen plus poussé des événements.

Comme nous l'avons signalé précédemment, bon nombre de questions au sujet des événements qui ont entraîné la mise en application du dépistage sanguin en novembre 1985 restent sans réponse. Il reste également des questions semblables concernant le remplacement le 1<sup>er</sup> juillet 1985 de tous les stocks de concentré de facteur VIII par un produit chauffé. Nous reconnaissons qu'il sera impossible de répondre à certaines de ces questions parce que l'information nécessaire a été perdue au fil des années. Toutefois, nous croyons qu'il reste encore de nombreux renseignements qui seront révélés par un examen plus approfondi du système de collecte et de distribution de sang. L'examen attentif des événements ne sera pas entrepris dans l'intention de trouver des coupables, mais bien de s'assurer que le système actuel a apporté les modifications nécessaires à sa structure et à son processus décisionnel afin d'éviter que ne se répète la tragédie des années 1980.

80 George Weber, Société canadienne de la Croix-Rouge, *Procès-verbaux*, fascicule 17, 26 novembre 1992, p. 39.  
81 Dr Gail Rock, *Procès-verbaux*, fascicule 20, 11 février 1993, p. 14.



mais qui ne sont pas hémophiles. Un premier groupe a été formé à Calgary, en 1988, à l'hôpital pédiatrique de l'Alberta, pour discuter du dépistage des personnes infectées de cette manière. Le groupe s'est ensuite transformé en une organisation nationale<sup>76</sup>.

Dans le communiqué du ministre, il était cependant clair que le programme d'aide fédéral émanait d'une compassion à l'égard des victimes mais que le gouvernement se dégageait de toute responsabilité, juridique ou autre, dans ce dossier.

Dans sa déclaration du 14 décembre 1989, le ministre Beatty signalait que lui-même et la SCH avaient débattu la question avec les provinces et que tous avaient reconnu que les provinces étaient à même de contribuer à leur façon. Depuis, les personnes infectées par le VIH à cause du système de collecte et de distribution du sang n'ont touché aucune indemnité directe des provinces, bien qu'il ait été dit que le Québec étudiait la question. Il a également été dit que toutes les provinces sont convenues en 1990 de ne pas mettre au point de programme d'aide pour les personnes contaminées<sup>77</sup>.

Le 14 avril 1993, le ministre de la Santé de la Nouvelle-Écosse, George Moody, faisait connaître l'intention de son gouvernement de mettre au point un programme tendant à indemniser les personnes atteintes du VIH après avoir reçu du sang contaminé. M. Moody a dit ne pas se sentir «lié par l'entente de 1990 selon laquelle les provinces avaient décidé d'être solidaires en matière d'indemnisation et de ne prendre aucune mesure unilatérale<sup>78</sup>». Le ministre Moody a chargé des hauts fonctionnaires de la santé d'entreprendre sans délai des négociations avec les représentants provinciaux de la Société canadienne de l'hémophilie en vue de concevoir un programme. Il a précisé lors de sa déclaration que la responsabilité juridique n'était pas mise en cause mais que, comme pour le programme fédéral d'aide de 1989, il s'agissait de compassion envers les personnes atteintes et leur famille.

La Société canadienne de l'hémophilie n'a pas cessé de réclamer pour les personnes infectées par le VIH à cause de stocks contaminés qu'elles soient mieux indemnisées pour la catastrophe qui les a frappées. La Société estime que la majorité des Canadiens sont en faveur d'une indemnisation provinciale des personnes infectées. Elle fonde cette opinion sur les résultats du sondage national que *Decima Research* a réalisé pour elle en avril dernier.

Dans le cadre du sondage Decima, on a demandé à 1 200 Canadiens dans quelle mesure ils étaient d'accord avec l'énoncé selon lequel, au lieu de laisser les victimes recourir aux tribunaux, les provinces devaient s'acquitter de leur rôle prévu dans le programme approuvé (en 1989) par le gouvernement fédéral<sup>79</sup>. Dans l'ensemble, 37 p. 100 des répondants se sont dits fortement d'accord avec l'énoncé, 43 p. 100 étaient assez d'accord, 10 p. 100 n'étaient pas d'accord et 6 p. 100 n'étaient pas du tout d'accord. Par conséquent, 80 p. 100 des répondants approuvaient jusqu'à un certain point l'énoncé.

Bon nombre de témoins ont évoqué devant le Sous-comité la question du recours aux tribunaux. Selon George Weber, secrétaire général et chef de la direction de la Société canadienne

76 D'John R. McDonald, *Procès-verbaux*, fascicule 21, 18 février 1993, p. 5.

77 D'John R. McDonald, *Procès-verbaux*, fascicule 21, 18 février 1993, p. 15.

78 Rod Mickleburgh, «N.S. to compensate victims of AIDS-tainted blood», *The Globe and Mail*, 15 avril 1993.

79 Société canadienne de l'hémophilie, *Position de la Société canadienne de l'hémophilie au sujet du versement d'une indemnité par les provinces*, Communiqué, 15 avril 1993.

## L'INDÉMISATION DES PERSONNES INFECTÉES PAR LE VIH À CAUSE DU SYSTÈME DE COLLECTE ET DE DISTRIBUTION DU SANG

l'ensemble du système, éviter le retard dans la décision de remplacer les produits de coagulation non chauffés par des produits chauffés? Est-il possible que des considérations financières aient joué un rôle, par exemple la disponibilité de fonds pour acheter un produit de remplacement?

*Je suis tout à fait terrifiée à l'idée de devenir malade, je me demande qui va prendre soin de mes enfants, mais je me préoccupe également du fardeau financier qu'une maladie représente. [...] Nous avons travaillé dur pendant 20 ans pour acquérir une certaine sécurité pour nous-mêmes et nos enfants. Je suis tout à fait horrifiée de penser au fardeau financier que je pourrais imposer à ma famille.*

Mme Marlene Freise  
Porteuse du VIH

par transfusion sanguine<sup>73</sup>

L'importante question de l'indemnisation des personnes rendues séropositives par du sang ou des produits sanguins contaminés est un thème qui est souvent revenu lors des audiences. Outre la souffrance morale et physique et la destruction de l'entité familiale, on s'est aussi inquiété du coût énorme des soins aux personnes atteintes du VIH et du sida. L'aspect financier est peut-être encore plus important dans le cas des hémophiles séropositifs : en effet, ils sont tous de sexe masculin et, dans la société canadienne, ce sont encore surtout les hommes qui constituent le principal gagne-pain de la famille. De plus, comme la plupart des hémophiles ne peuvent avoir d'assurance-vie, cette forme de sécurité financière pour leur famille leur est interdite<sup>74</sup>.

Le gouvernement fédéral a été le seul jusqu'ici à indemniser les personnes infectées par le VIH à cause du système de collecte et de distribution du sang. Le 14 décembre 1989, Perrin Beatty, alors ministre de Santé et Bien-être social Canada, annonçait un programme d'aide par lequel toute personne ainsi contaminée toucherait 120 000 \$ en quatre versements égaux annuels. Pour la plupart des personnes affectées et qui ont commencé à toucher ces sommes en 1990, le programme prendra fin cette année. L'ironie du sort veut que les victimes du VIH et du sida vivent maintenant plus longtemps grâce à de meilleures thérapies, et qu'elles auront donc probablement à affronter les pires ravages de la maladie et le plus gros de leurs dépenses lorsque le gouvernement aura cessé de leur fournir une aide financière<sup>75</sup>.

Au moment où il a annoncé ce programme d'aide, le ministre Beatty a félicité la Société canadienne de l'hémophilie (SCH) de son bon travail et de ses initiatives non seulement en faveur de ses propres membres mais aussi des autres personnes, non hémophiles, infectées par le sang ou les produits sanguins. La Société offre entre autres des services de soutien et d'information aux victimes du VIH-T aux personnes devenues séropositives à la suite d'une transfusion sanguine

73

Marlene Freise, *Procès-verbaux*, fascicule 17, 26 novembre 1992, p. 11.

74

Société canadienne de l'hémophilie, communication personnelle, 29 avril 1993.

75

Santé et Bien-être social Canada, *Le ministre Beatty annonce qu'une aide sera accordée aux personnes infectées par le VIH après une transfusion de sang ou l'administration de dérivés sanguins*, Communiqué 1989-99, 14 décembre 1989. (Les conjoints ou partenaires des personnes infectées, qui sont à leur tour infectés mais indirectement, ne sont pas admissibles au programme fédéral. Cependant, les personnes nouvellement identifiées porteuses du VIH sont encore admissibles au programme.)



D'autre part, le 6 décembre 1984, le Dr Chris Tsoukas de Montréal publie dans le *New England Journal of Medicine* une lettre dans laquelle il fait part (avec certains de ses collègues) de résultats préliminaires concernant 54 sujets, qui laissent entendre que 56 p. 100 des hémophiles canadiens sont porteurs du virus du sida. Selon le témoignage du Dr Michael O'Shaughnessy au Sous-comité, la preuve que les hémophiles canadiens présentaient des niveaux élevés de séropositivité avait été donnée dès 1984, lors d'une conférence tenue à Vancouver en novembre, et l'information avait été communiquée «vers le milieu de 1984» au Comité consultatif national sur le sida et à l'occasion de «plusieurs réunions scientifiques»<sup>69</sup>.

Certains hémophiles traités au facteur VIII avaient accès à un autre produit coagulant pendant la période de transition, soit le «cryoprécipité». Celui-ci est obtenu par une technique de congélation-décongélation appliquée au plasma provenant d'un seul donneur. Selon cette technique, le plasma décongelé est retiré avant que les derniers cristaux de glace ne fondent : c'est là que se trouve le facteur VIII. Les sacs de cryoprécipité sont conservés à l'état congelé et leur contenu est dissous dans une solution saline avant d'être utilisé<sup>70</sup>. Jusqu'à dix sacs de cryoprécipité peuvent être réunis pour traiter un patient.

Le cryoprécipité comporte d'importants inconvénients par rapport au concentré. C'est un produit très grossier contenant, en plus du facteur VIII, un certain nombre de protéines qui peuvent provoquer une réaction allergique chez le patient. La quantité de facteur VIII contenue dans un lot donné de cryoprécipité varie et n'est pas connue de façon exacte; il est donc difficile d'établir la posologie. Le volume de produit nécessaire pour traiter un patient est relativement grand comparativement à la quantité de concentré de facteur VIII nécessaire. Le produit est difficile à utiliser lors d'interventions chirurgicales et pour les traitements administrés à la maison puisque la concentration en facteur VIII n'est pas connue. En outre, le cryoprécipité devant rester congelé, il est difficile à utiliser en voyage ou dans de nombreuses situations de travail.

Cependant, le cryoprécipité comportait un avantage certain par rapport au concentré de facteur VIII pendant la poussée de l'épidémie de sida. Comme chaque traitement met à contribution un maximum de dix donneurs, plutôt que les éventuels 70 000 donneurs participant à la production d'un seul lot de concentré de facteur VIII, la probabilité d'être exposé à la contamination par VIH était beaucoup plus faible.

Le Dr Roger Perrault, qui fut directeur national des Services transfusionnels de la Croix-Rouge canadienne de 1974 à 1986, a déclaré que pendant toute la période de transition de 1984-1985, il y avait des quantités suffisantes de cryoprécipité à la disposition des hémophiles<sup>71</sup>. Les dossiers de la Croix-Rouge montrent que la quantité de cryoprécipité administrée pendant cette période a augmenté sensiblement, passant de 141 599 unités en 1982 à 164 549 et à 192 935 unités en 1983 et en 1984 respectivement. En 1985, quand l'accès au facteur VIII chauffé est devenu général, le nombre d'unités de cryoprécipité transfusées est tombé à 153 307 et a diminué encore en 1986-1987 pour passer à 112 365 unités<sup>72</sup>.

Des précisions s'imposent toutefois en ce qui concerne certains éléments du dossier. Nous avons mentionné ci-dessus la nécessité d'obtenir une information complète sur l'approvisionnement et les stocks de facteur VIII chauffé au cours de la période de transition. Dans les circonstances, la transition s'est-elle effectuée le plus rapidement possible? Aurait-on pu, dans

69 Dr Michael O'Shaughnessy, *Procès-verbaux*, fascicule 23, 11 mars 1993, p. 7, 10.  
70 THE MERCK MANUAL OF *Diagnosis and Therapy*, 16<sup>e</sup> édition, Rahway, N.J., 1992, p. 1219.  
71 Dr Roger Perrault, *Procès-verbaux*, fascicule 22, 25 février 1993, p. 25.  
72 *Rapport de la SCCR*, 1990, p. 113.



Certain temps il y aurait sur le marché à la fois des produits chauffés et des produits non chauffés. Cela étant, nous devons décider qui recevrait les produits chauffés et qui recevrait les produits non chauffés<sup>65</sup>».

Ce tragique dilemme a été débattu à la conférence consensuelle portant sur le traitement thermique du facteur VIII, convoquée par le Comité canadien du sang et qui s'est tenue à Ottawa le 10 décembre 1984. Cette conférence avait pour but de discuter plus particulièrement des stratégies de mise en œuvre de la décision prise le 16 novembre par le Bureau des produits biologiques<sup>66</sup>. Tous les principaux intéressés du système canadien de collecte et de distribution du sang y assistaient, notamment deux représentants de la Société canadienne de l'hémophilie, porte-parole de la communauté la plus touchée par la situation.

À l'issue de la conférence, l'entrée sur le marché des produits de coagulation chauffés est fixée au mois de mai 1985, et les produits existants doivent avoir été entièrement remplacés en juillet 1985. La Conférence donne lieu à neuf recommandations dont l'une s'annonce en partie comme suit : «les critères d'utilisation des concentrés chauffés ou non chauffés pendant la période de transition doivent être acceptés par ceux qui soignent les hémophiles et qui font partie du comité consultatif médico-scientifique de la SCH, en tenant compte de la représentativité nationale<sup>67</sup>».

Le 20 avril 1985, le conseil d'administration de la SCH approuve les recommandations du comité consultatif touchant les critères d'utilisation du facteur VIII chauffé. Les six recommandations suivantes établissent quels bénéficiaires auront priorité :

- Les malades qui n'ont jamais été traités ou l'ont été rarement et qui ont besoin d'une thérapie au concentré pendant la période de conversion (transition).
- Les malades déjà traités et dont on sait qu'ils ne sont pas porteurs du HTLV-III (VIH).
- Les jeunes enfants ayant besoin de concentré au cours de cette période.
- Les malades traités régulièrement aux cryoprécipités et qui ont besoin de concentré de facteur à des fins ponctuelles, par exemple en raison d'une chirurgie majeure ou d'un voyage.
- La distribution doit être équitable dans l'ensemble du pays.
- La décision en matière de priorité doit être prise par les directeurs des cliniques d'hémophilie, de concert avec les directeurs des centres de transfusion sanguine de la Croix-Rouge<sup>68</sup>.

Les autorités médicales ou réglementaires savent déjà à l'époque — fin de 1984, début de 1985 — qu'une proportion importante d'hémophiles canadiens est sans doute infectée par le VIH. C'est ce que laissent entendre les critères de sélection mentionnés ci-dessus, étant donné que les produits chauffés sont destinés aux hémophiles connus pour avoir un anti-VIH négatif ou aux hémophiles pour ainsi dire «vierges», c'est-à-dire qui n'ont probablement pas reçu de produit contaminé par le passé.

65

Dr D.W. Boucher, Bureau des produits biologiques, *Procès-verbaux*, fascicule 25, 25 mars 1993, p. 14.

66

Voir l'annexe B.

67

Comité canadien du sang, *Recommendations of the Consensus Conference on Heat-Treated Factor VIII*, December 10, 1984, recommandation n° 8.

68

Dr Robert T. Card, président, CCMS, Société canadienne de l'hémophilie, *Letter of 25 April 1985, to Dr. D.H. Naylor, Canadian Red Cross Blood Transfusion Service*.

«En octobre 1984, la *National Hemophilia Foundation* et les *Centers for Disease Control* aux États-Unis recommandaient le passage immédiat aux produits chauffés. Des représentants de la Société canadienne de l'hémophilie lancèrent quatre appels différents à la Croix-Rouge canadienne et au Comité canadien du sang, au cours du mois d'octobre 1984, demandant qu'on utilise des produits chauffés, même si cela signifiait de faire appel entièrement aux entreprises de fractionnement américaines. Les autorités se sont opposées à ces recommandations malgré les preuves apportées par la science, et, par la suite, la Croix-Rouge a continué d'acheter, de façon ponctuelle, des produits sanguins non chauffés<sup>63</sup>».

Pour sa part, la Croix-Rouge canadienne a déclaré qu'elle avait tenté de s'approvisionner au plus tôt en produits coagulant chauffés :

«En novembre 1984, le Bureau des produits biologiques a demandé à tous les fabricants alors homologués au Canada de commencer à produire du facteur VIII traité par la chaleur pour le marché canadien. À cette époque, la majorité du plasma recueilli par la Société canadienne de la Croix-Rouge était traité par les laboratoires Connaught. Une partie était déjà traitée aux États-Unis dans une usine appartenant aux laboratoires *Cutter Biologicals*. Juste avant cette annonce faite par le Bureau des produits biologiques, les laboratoires *Cutter Biologicals* ont vu leur processus de traitement par la chaleur homologué au Canada. Malheureusement, les laboratoires Connaught n'avaient pas à l'époque un processus homologué de traitement par la chaleur. La Société canadienne de la Croix-Rouge a donc envoyé le plasma qui était destiné aux laboratoires Connaught, où il se trouvait entreposé en préparation pour le traitement, vers l'usine des laboratoires Connaught en Caroline du Nord. Nous avons également prévenu les laboratoires Cutter que nous voulions que tous les produits destinés au Canada soient traités par ce nouveau processus de traitement par la chaleur.

«À la suite de cette annonce, a eu lieu la conférence consensuelle [du 10 décembre 1984]. Peu après cette conférence, nous avons reçu l'approbation du Comité canadien du sang pour acheter du facteur VIII traité par la chaleur. Nous avons immédiatement placé des commandes. En raison du long délai de traitement de six mois, les produits n'ont commencé à arriver au Canada qu'en avril [1985], même si nous étions passés à la fabrication par traitement à la chaleur en novembre, et si nous avions placé les commandes en décembre, aussitôt après avoir obtenu l'approbation du gouvernement pour aller de l'avant<sup>64</sup>».

À titre d'organisme de réglementation des produits sanguins en vertu de la *Loi sur les aliments et drogues*, le Bureau des produits biologiques pouvait exiger que soient immédiatement retirés du marché canadien tous les dérivés de facteur VIII non traités, même si les stocks de produits chauffés de remplacement n'étaient pas suffisants pour répondre aux besoins des hémophiles. Pour les personnes atteintes d'une grave déficience du facteur VIII, l'impossibilité de se procurer ce produit aurait toutefois pu avoir des conséquences graves, voire mortelles.

Le D<sup>r</sup> D.W. Boucher, du Bureau des produits biologiques de Santé et Bien-être social Canada, a rendu le témoignage suivant devant le Sous-comité :

«Quand nous avons recommandé [le Bureau des produits biologiques] en novembre [1984] que seuls des produits chauffés soient offerts sur le marché canadien, nous étions conscients du fait que ces produits ne seraient pas disponibles immédiatement. Nous savions que pendant un



*Connaught Laboratoires*, en Ontario, et ce, à grands frais pour le contribuable. Finalement, les instituts Rh et Armand-Frappier préparèrent le plasma canadien, sans toutefois jamais produire une seule unité de facteur VIII ou IX concentré utilisables.

«Les laboratoires Connaught se sont montrés si inefficaces que l'on a gaspillé entre 1981 et 1984 l'équivalent de 200 000 dons de sang. Il a fallu remplacer cette source canadienne relativement sûre par du plasma américain qui comportait, et c'est connu depuis longtemps, des risques beaucoup plus grands de contamination virale. Ce recours accru au plasma américain en vue de fabriquer des produits sanguins est la cause la plus importante du taux élevé d'infection au VIH chez les hémophiles canadiens<sup>61</sup>.» (C'est nous qui soulignons.)

Cet aspect du problème global du fractionnement est très important et, de l'avis du Sous-comité, il influe directement sur la structure passée et actuelle de la prise des décisions en matière de sang au Canada. Si l'offre de sang et de produits sanguins a fait et fait toujours l'objet de rivalités régionales indues, cela pourrait menacer la sécurité générale de notre système.

En octobre 1984, il a été démontré que le traitement thermique pouvait inactiver le virus du sida dans le concentré de facteur VIII. En novembre 1984, le Bureau des produits biologiques accorde aux *Cutter Laboratories* des États-Unis une licence pour la fabrication du facteur VIII chauffé à l'intention du marché canadien et publie une directive selon laquelle tous les produits coagulants canadiens doivent subir dès que possible un traitement thermique. Le Bureau recommande aussi à la Croix-Rouge de remplacer au plus tôt ses stocks par des produits traités à la chaleur. Le 26 novembre 1984, la Croix-Rouge canadienne informe les laboratoires Connaught que tout le plasma frais congelé recueilli au Canada sera, à compter du 1<sup>er</sup> décembre, confié aux laboratoires Cutter pour y subir un traitement thermique.

Les événements qui se sont succédé et les mesures qui ont été prises au cours de la «période de transition» de 1984-1985, lorsqu'il existait simultanément sur le marché des produits de coagulation traités et non traités, ont suscité des questions litigieuses et provoqué de la consternation et de l'animosité chez les groupes et les particuliers touchés. La Croix-Rouge canadienne et les entreprises en cause sont loin d'avoir tout divulgué ce qu'elles savent sur la question des stocks et de la disponibilité de produits traités à l'époque. Nous admettons que certains renseignements comportent un intérêt judiciaire et ne peuvent donc peut-être pas être divulgués.

Néanmoins, le Sous-comité a été saisi de certains faits essentiels. Premièrement, il aurait été impossible de remplacer immédiatement les produits de coagulation non traités par des produits ayant subi un traitement thermique. Divers témoins ont affirmé qu'il fallait au moins six mois avant de pouvoir traiter le nouveau plasma une fois la décision prise de passer aux produits chauffés<sup>62</sup>. Bien que cela soit difficile à admettre après coup, les autorités savaient à l'époque — tant la Société canadienne de la Croix-Rouge que le Comité canadien du sang, Santé et Bien-être social Canada et la Société canadienne de l'hémophilie — qu'une partie des produits non traités de facteur VIII toujours en circulation étaient contaminés par le virus du sida.

La question de la disponibilité limitée de facteur VIII chauffé pendant la période transitoire porte aussi à controverse et le Sous-comité n'a pas obtenu suffisamment d'information pour pouvoir trancher. Selon le témoignage de la Société canadienne de l'hémophilie, les responsables du système de collecte et de distribution du sang n'ont pas agi assez résolument ni rapidement en vue de mettre sur le marché canadien des produits ayant subi le traitement thermique :

61

David Page, Société canadienne d'hémophilie, *Procès-verbaux*, fascicule 18, 3 décembre 1992, p. 20.

62

George Weber, Société canadienne de la Croix-Rouge, *Procès-verbaux*, fascicule 17, 26 novembre 1992, p. 32.



Société canadienne de l'hémophilie rencontrent des représentants des principaux fournisseurs de facteur VIII et s'interrogent sur le fait que le produit traité à la chaleur est disponible aux États-Unis (où s'approvisionne le marché canadien) alors qu'il ne l'est apparemment pas au Canada. Ils craignent aussi une pénurie générale de facteur VIII au Canada.

L'approvisionnement en facteur VIII au Canada est en soi une question délicate. Le Canada n'est pas et n'a jamais été autosuffisant en facteur VIII. Aujourd'hui encore, on n'y trouve pas assez de plasma, source des facteurs de coagulation naturels : nos ressources ne comblent qu'environ 75 p. 100 de nos besoins actuels<sup>57</sup>. En 1976, la Société canadienne de la Croix-Rouge présentait au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social un projet tendant à créer un laboratoire canadien de fractionnement du plasma «capable de fournir tous les produits sanguins, thérapeutiques et de diagnostic (notamment les facteurs de coagulation), dont les hôpitaux canadiens ont besoin<sup>58</sup>». Le projet de la Croix-Rouge n'a pas été accepté et aucune usine de fractionnement n'a vu le jour au Canada.

Au début des années 70, les laboratoires de recherche médicale Connaught avaient commencé à produire quelques fractions pour le marché canadien (mais non des facteurs de coagulation) avec du plasma périmé que lui fournissait la Croix-Rouge. Après 1978, Connaught a commencé à fabriquer les facteurs VIII et IX au moyen de plasma frais congelé. La situation s'est corisée par la suite. En septembre 1980, la Conférence des ministres provinciaux de la Santé donne lieu à la mise sur pied d'un comité interprovincial spécial sur le fractionnement du plasma, présidé par Chapin Key, sous-ministre de la Santé en Colombie-Britannique, et chargé de trouver des solutions au problème. Le Comité Chapin Key recommande entre autres que Connaught puisse accroître sa production annuelle jusqu'à concurrence de 100 000 litres de plasma canadien, selon le principe de l'absence de profit qui caractérise le système canadien de collecte et de distribution du sang.

En juin 1981, en addenda au rapport Chapin Key de 1980, il est toutefois recommandé de créer trois usines de fractionnement du plasma canadien, la répartition de ce dernier aux trois usines devant se faire ainsi : 50 p. 100 aux laboratoires Connaught et 25 p. 100 chacun au *Winnipeg Rh Institute* et à l'Institut Armand-Frappier. Les installations de Winnipeg, inaugurées en octobre 1983, devaient pouvoir fractionner chaque année entre 50 000 et 75 000 litres de plasma<sup>59</sup>. Bien que cet institut ait produit de l'albumine à 5 p. 100, il n'a toutefois jamais fabriqué de facteurs de coagulation. Quant à l'Institut Armand-Frappier, elle n'a jamais été construite. Les laboratoires Connaught sont donc les seuls à avoir jamais produit des facteurs de coagulation au Canada<sup>60</sup>.

La controverse entourant cette question tient aux allégations de la Société canadienne de l'hémophilie, selon lesquelles l'incapacité d'aménager au Canada des installations de fractionnement efficaces a fait gaspiller d'importantes quantités de plasma canadien et aggravé la contamination éventuelle des hémophiles canadiens par le sida :

«Pourant, à cette époque, on savait que ces entreprises [canadiennes] n'étaient pas en mesure de fournir des produits sanguins de haute qualité et issus de la haute technologie. En dépit de ce fait, des pressions politiques ont été exercées auprès de la Croix-Rouge canadienne pour qu'elle annule un contrat conclu avec l'entreprise américaine Cutter Laboratories en faveur de

57

William Dobson, Agence canadienne du sang, *Procès-verbaux*, fascicule 19, 4 février 1993, p. 18.

58

*Rapport de la SCOR*, 1990, p. 37.

59

*Ibid.*, p. 39-40.

60

Société canadienne de la Croix-Rouge, *Communication personnelle*, 16 avril 1993.

Canada s'établissait à 17 sur 100 000, en regard de 2,5 seulement sur 100 000 en 1992<sup>54</sup>. Par conséquent, au début des années 80, tout lot de concentré de facteur VIII comportait une probabilité élevée de contamination par VIH.

Les hémophiles les plus infectés par le VIH et le sida sont les malades de la catégorie A qui avaient besoin de concentré de facteur VIII pour prévenir leurs hémorragies. Dans les cas les plus graves, on peut avoir besoin de plusieurs injections hebdomadaires de ce concentré. À l'époque la probabilité que l'approvisionnement de concentré de facteur VIII soit contaminé était extrêmement forte.

Le dossier très complexe de l'hémophilie et du facteur VIII contaminé est marqué, entre le début et le milieu des années 80, de nombreux phénomènes liés les uns aux autres. La période la plus controversée va de novembre 1984, lorsque Santé et Bien-être social Canada a émis sa directive qui visait à soumettre tous les produits coagulants à un traitement thermique afin de tuer le virus du sida, à juillet 1985, lorsque tous les stocks du marché canadien ont enfin été remplacés par des produits ayant subi le traitement thermique. Lors des audiences du Sous-comité, cette étape d'environ sept mois a été qualifiée de «période de transition».

Dans l'ordre chronologique, le débat peut remonter à 1980, quand une société allemande parvient à fabriquer un dérivé du facteur VIII traité à la chaleur afin de tuer le virus de l'hépatite B. La preuve est alors faite que le facteur VIII peut résister au traitement thermique destiné à tuer un virus. L'utilisation du produit est acceptée en Allemagne la même année<sup>55</sup>.

En août 1982, le Bureau des produits biologiques du Canada demande à la Croix-Rouge et à la Société canadienne de l'hémophilie de surveiller de plus près l'incidence du sida chez les hémophiles. Comme l'indique la chronologie de l'annexe B, les autorités responsables de la santé redoublent d'efforts vers la fin de 1982 et au début de 1983, tant aux États-Unis qu'au Canada, pour réduire le risque que les hémophiles contractent le sida en raison de leur utilisation de produits sanguins. Toutefois, à cette étape, le VIH n'a pas encore été identifié et il n'existe aucun moyen de déterminer si le sang ou les produits sanguins sont contaminés.

Le 13 janvier 1983, une déclaration conjointe sur le sida et les liens possibles avec la transfusion de sang a été publiée par l'association américaine des banques de sang, la Croix-Rouge américaine et le conseil des centres de sang communautaires. La fondation nationale américaine de l'hémophilie, la commission américaine du sang et le groupe de travail national sur les homosexuels ont contribué à la rédaction de la déclaration. L'association américaine des ressources sanguines, les centres épidémiologiques et l'administration des aliments et drogues y ont également participé.

Ces organismes ont reconnu dans cette déclaration qu'il était possible que le sida soit transmis par le sang, mais ils soulignaient aussi qu'aucun agent n'avait été isolé et qu'aucun test n'existait pour déceler la maladie ou d'éventuels porteurs. Il n'y avait donc à l'époque aucune preuve concluante indiquant que le sida pouvait être transmis par transfusion sanguine<sup>56</sup>.

En 1984, les professeurs Montagnier, en France, et Gallo, aux États-Unis, ont déjà publié leurs rapports sur l'isolation du virus à l'origine du sida, et l'on tente de mettre au point une épreuve destinée à dépister les anticorps du virus dans le sang. En septembre 1984, les porte-parole de la

54

*Ibid.*

55

Voir l'annexe B.

56

American Association of Blood Banks, American Red Cross et Council of Community Blood Centers, *Joint Statement on Acquired Immune Deficiency Syndrome Related to Transfusion*, 13 janvier 1983. (Document fourni par la Société canadienne de la Croix-Rouge)



d'ailleurs. Environ 800 hémophiles canadiens ont été infectés par le VIH, soit environ 40 p. 100 de l'ensemble de la population hémophile<sup>50</sup>. La chronologie de cette tragédie est aussi complexe et controversée que celle de la mise au point et de l'implantation du dépistage sanguin par la Croix-Rouge canadienne.

L'hémophilie est un désordre héréditaire de la coagulation, lié au sexe. Les gènes défectueux qui causent l'hémophilie sont transportés par un chromosome du sexe, en l'occurrence le chromosome X. Puisque les femelles ont deux chromosomes X et les mâles, un chromosome X et un chromosome Y, l'hémophilie n'affecte que les mâles. Une femme dont un chromosome X porte le gène défectueux ne souffrira pas d'hémophilie parce qu'elle aura un gène normal sur le second chromosome X. Le chromosome Y (mâle) ne transporte pas de gène complémentaire pour la production des facteurs de coagulation, de sorte que tous les mâles ayant un chromosome X défectueux seront hémophiles.

Les filles d'un hémophile reçoivent toutes le gène défectueux de leur père. Elles sont donc «porteuses» de la maladie, et leurs descendants mâles risquent à 50 p. 100 d'hériter du gène défectueux, tandis que les filles d'une porteuse risquent toutes à 50 p. 100 d'être porteuses à leur tour. Les fils d'un hémophile, qui héritent uniquement du chromosome Y de leur père, ne seront ni hémophiles ni porteurs de l'hémophilie de leur père<sup>51</sup>.

Il y a deux formes d'hémophilie : l'hémophilie A se caractérise par une déficience du facteur de coagulation appelé «facteur VIII»; l'hémophilie B touche les personnes dont le «facteur IX» fait défaut. Environ 80 p. 100 des hémophiles sont du type A. Le degré de déficience du facteur de coagulation peut varier chez les hémophiles. La forme la plus sévère de la maladie se produit chez les personnes dont le niveau du facteur de coagulation est inférieur à 1 p. 100 de la normale; celles dont le niveau se situe à environ 5 p. 100 de la normale sont tenues pour avoir une hémophilie légère et ne souffrent pas des saignements spontanés qui caractérisent la forme grave de la maladie<sup>52</sup>.

Parmi les traitements de l'hémophilie, le plus grand responsable de la tragédie de l'infection par le VIH et du sida est le concentré de facteur VIII, fabriqué au moyen du plasma sanguin. Le concentré de facteur VIII est fortement mis en cause car pour le produire, il faut des réservoirs contenant chacun jusqu'à 17 500 unités de plasma provenant de donneurs. Chaque lot de concentré étant constitué d'un maximum de quatre réservoirs, il peut compter jusqu'à 70 000 unités. Il suffisait d'une seule unité de plasma infectée par le VIH pour contaminer un lot entier de concentré<sup>53</sup>.

Au début des années 80, lorsqu'il n'existait aucun moyen de dépister les donneurs infectés par le VIH, la possibilité que les stocks contiennent du sang contaminé était beaucoup plus élevée que maintenant. En 1985, par exemple, après l'adoption des programmes d'exclusion volontaire des donneurs et de dépistage du sang donné, l'incidence du VIH décelé chez les donneurs au

50 David Page, Société canadienne de l'hémophilie, *Procès-verbaux*, fascicule 18, 3 décembre 1992, p. 16.  
 51 Les personnes des deux sexes peuvent être atteintes de certaines maladies caractérisées par des hémorragies et avoir besoin d'un traitement à l'aide des facteurs de coagulation. L'une de ces maladies est dite «de Willebrand».  
 52 *THE MERCK MANUAL of Diagnosis and Therapy*, 16<sup>e</sup> édition, Rahway, N.J., 1992, p. 1218.  
 53 Société canadienne de la Croix-Rouge, communication personnelle, 29 avril 1993.



l'approbation finale d'avoir réglé d'autres questions qui allaient au-delà du programme sanguin national de la Croix-Rouge. Ces questions ont été étudiées lors d'une rencontre consensuelle de représentants provinciaux et territoriaux tenue à Ottawa le 4 juillet 1985. Le 17 juillet, toutes les provinces sauf l'Ontario ont approuvé le plan de dépistage; l'Ontario a donné son accord le 1 août 1985.

Le Sous-comité estime essentielle la divulgation totale des événements et des discussions auxquels ont pris part les principaux intervenants entre le 1<sup>er</sup> mai et le 1<sup>er</sup> août 1985. Par exemple, quelles étaient les autres questions que le Comité canadien du sang devait régler avant d'accepter le plan de mise en oeuvre? Pourquoi aucune décision concernant le financement n'a-t-elle été prise lors de la réunion consensuelle du 4 juillet 1985 tenue à Ottawa? Pourquoi le gouvernement de l'Ontario a-t-il pris deux semaines de plus pour donner son accord?

Il convient également d'obtenir des éclaircissements sur la disponibilité de trousses commerciales de dépistage. D'après les renseignements obtenus de la Croix-Rouge, le président du CCN-SIDA a informé cette dernière le 4 juin 1985 «[...] qu'il y aurait une pénurie de trousses des fins générales, cliniques, hospitalières et diagnostiques en général, étant donné qu'il y e aurait juste assez pour le dépistage des donneurs de la Croix-Rouge d'ici août ou septembre». Les observations du président ont été formulées lors d'une réunion du Comité canadien du sang<sup>47</sup>. Le procès-verbal de cette réunion ainsi que l'information concernant la disponibilité des trousses de dépistage doivent être rendus publics.

Nous reviendrons plus loin sur ces importantes questions.

## LE TRAITEMENT THERMIQUE DU CONCENTRÉ DE FACTEUR VIII

Environ 800 hémophiles ont été infectés par le VIH entre 1980 et 1987. Ce chiffre représente approximativement 40 p. 100 de l'ensemble de la population hémophile. Chez les hémophiles sévères ayant une déficience du facteur VIII, ce pourcentage est encore plus élevé, soit près de 75 p. 100.

David Page  
Société canadienne de l'hémophilie<sup>48</sup>

Depuis que je sais que je suis séropositif, ma vie a toujours été tournée vers l'avant. Je vais constamment de l'avant, et chaque fois que je suis obligé de revenir en arrière pour être confronté à cette question, j'ai vraiment l'impression de reculer, et j'en ai assez de reculer. Je suis furieux d'être obligé de reculer, je suis furieux d'être ici aujourd'hui. [...] Je suis las de voir qu'il reste tant de questions non résolues pour tant de gens. [...] Je veux en finir.

Rick Waines  
Hémophile séropositif<sup>49</sup>

Quand on a constaté, en juillet 1982, que trois hémophiles américains étaient atteints du sida, on a reconnu que cette maladie pouvait être transmise par le sang ou les produits sanguins. On en sait beaucoup plus maintenant sur l'affreuse tragédie qui a trappé les hémophiles du Canada et

47 Ibid.

48 David Page, Société canadienne de l'hémophilie, *Procès-verbaux*, fascicule 18, 3 décembre 1992, p. 16.

49 Rick Waines, *Procès-verbaux*, fascicule 18, 3 décembre 1992, p. 7.

Le Sous-comité estime qu'il s'agit de questions importantes auxquelles il faut répondre. Nous savons que notre étude s'effectue presque dix ans après coup et que nous avons l'avantage du recul. À l'époque, les bureaux des décideurs dans le domaine de la santé publique étaient inondés d'information sur le sida communiquée par les cliniques et les laboratoires. Il s'agissait clairement d'une période difficile. Les douze mois qui se sont écoulés entre mai 1984 et mai 1985, lorsque le plan de mise en oeuvre des tests de dépistage proposé par la Croix-Rouge a été présenté au Comité canadien du sang, sont une période clé sur laquelle toute la lumière n'a pas été faite.

Le témoignage du D<sup>r</sup> Norbert Gilmore, président du CCN-SIDA à l'époque, indique qu'en août 1984, le directeur des Services transfusionnels de la Croix-Rouge canadienne «a écrit au CCN-SIDA pour lui demander d'aider la Croix-Rouge à mettre sur pied son programme de dépistage des donneurs de sang en 1985<sup>44</sup>». En réponse à cette demande, le CCN-SIDA a créé en octobre 1984, un «groupe d'étude sur l'épreuve de dépistage au Canada du rétrovirus lié au sida». En mars 1985, selon le témoignage du D<sup>r</sup> Gilmore, le groupe d'étude a demandé à la Croix-Rouge canadienne de mettre au point un plan de mise en oeuvre d'analyses de tous les dons de sang et de plasma et de présenter un rapport au CCN-SIDA avant le 30 avril 1985. Le groupe d'étude demandait aussi au Comité canadien du sang et à Santé et Bien-être social Canada, en collaboration avec la Croix-Rouge, d'évaluer les ressources nécessaires pour l'analyse de tous les dons de sang<sup>45</sup>.

Un certain nombre de questions viennent à l'esprit concernant ces événements, et nous les présentons ci-après.

Nous estimons important de savoir pourquoi la Croix-Rouge n'aurait pas pu concevoir un plan de mise en oeuvre de dépistage sanguin à la fin de 1984 ou au début de 1985 en vue de son application dès que les trousseaux commerciaux auraient été disponibles. S'il existe une explication valable du délai apparent entre la lettre de la Croix-Rouge au CCN-SIDA à propos du dépistage en août 1984 et la demande de plan de mise en oeuvre formulée par le groupe d'étude à la Croix-Rouge en mars 1985, la Croix-rouge doit la rendre publique.

Ce que le Sous-comité s'explique encore moins, c'est le délai de trois mois, entre le 1<sup>er</sup> mai et le 1<sup>er</sup> août 1985, dont le Comité canadien du sang a eu besoin pour approuver le financement du plan de dépistage de la Croix-Rouge. En situation de crise, telle que celle qui existait à l'époque, les gouvernements, par l'intermédiaire du Comité canadien du sang, auraient dû débloquer des fonds d'urgence afin que le dépistage sanguin puisse commencer dès qu'un plan aurait été élaboré par le principal organisme intéressé, en l'occurrence les Services transfusionnels de la Croix-Rouge canadienne.

La Croix-Rouge a déclaré dans son témoignage devant le Sous-comité : «... [n'avoir] aucune raison de croire que le plan proposé n'aurait pas pu être appliqué si les fonds nécessaires avaient été approuvés par le Comité canadien du sang», bien qu'elle admette que la mise en oeuvre ait pu être retardée par certains imprévus, les principaux étant la disponibilité des trousseaux commerciales de dépistage à ce moment-là et la mise en oeuvre d'autres services de dépistage dans les provinces<sup>46</sup>.

Le 1<sup>er</sup> mai 1985, la Croix-Rouge a présenté son plan de mise en oeuvre au Comité canadien du sang; celui-ci a répondu le 5 juin, en accordant une «approbation de principe» seulement. Le 10 juin, le Comité canadien du sang a informé la Croix-Rouge qu'il devait attendre pour donner

44 D<sup>r</sup> Norbert Gilmore, *mémoire au Sous-comité*, 11 février 1993, p. 4.

45 *Ibid.*

46 Société canadienne de la Croix-Rouge, *Remarques additionnelles concernant la mise en application de l'épreuve VIH*, 15 avril 1993.



La disponibilité des épreuves en des lieux distincts était également une question importante à l'époque. En 1985, on craignait que le fait de savoir que la Croix-Rouge analysait le sang donné affaiblisse les anticorps du virus du sida inciterait des personnes à risquer de donner de leur sang simplement pour découvrir si elles étaient séropositives. Au-delà de l'aspect logistique évident, le problème était plus grave et plus complexe :

«Il y avait [...] les préoccupations posées par le recours éventuel à des tests en des lieux distincts; pour faire en sorte que les gens s'abstiennent d'eux-mêmes de donner du sang s'ils avaient d'une façon ou d'une autre été exposés au virus du sida, ou s'ils risquaient d'en être porteurs. À partir du moment où l'on mettait soudainement des tests à sa disposition, est-ce que la population allait les passer et, plutôt que de donner du sang, se soumettre à des tests? Si les tests n'étaient pas parfaits, nous risquions en fait d'aggraver le problème posé par les réserves de sang contaminé<sup>40</sup>.»

Le test ELISA n'était pas parfait à l'époque puisqu'il donnait un grand nombre de faux résultats positifs; il donnait aussi de faux résultats négatifs, en particulier lorsque le sujet contaminé donnait du sang pendant la «période de transition», qui varie de quelques semaines à plusieurs mois avant que les anticorps du virus n'apparaissent dans le sérum sanguin. En 1985, la période d'incubation, entre l'infection et la production des anticorps, était probablement de seize semaines. Des faux négatifs se produisent encore, mais la période d'incubation a été ramenée à environ six semaines<sup>41</sup>.

Les difficultés réelles que présentait la mise sur pied d'un programme national de dépistage sanguin ne peuvent être sous-estimées. Mais les autorités américaines et australiennes étaient vraisemblablement confrontées à des difficultés du même genre. Or leurs programmes semblaient avoir commencé à fonctionner cinq à six mois avant le programme canadien. Il est peu probable qu'un manque de connaissances marqué par rapport à ces deux pays puisse expliquer le retard au Canada. L'information scientifique sur le sida franchissait librement les frontières internationales à l'époque, comme elle le fait maintenant. De plus, le Dr O'Shaughnessy (alors fonctionnaire de Santé et Bien-être social Canada) a déclaré au Sous-comité que lui et son équipe étaient alors à l'avant-garde de la recherche dans ce domaine :

«En mai 1984, j'ai pris connaissance des trois communications publiées dans la revue *Science*. J'en ai discuté avec mes supérieurs et je leur ai dit qu'à mon avis, l'article du professeur Gallo semblait présenter la grande découverte que nous attendions. [...] Je me suis rendu au laboratoire du professeur Gallo en 1984, et j'ai suivi une formation au *National Institute of Health* [aux États-Unis]<sup>42</sup>.»

Par conséquent, en mai 1984, la découverte qui a fini par aboutir à une épreuve commerciale permettant de dépister les anti-VIH dans le sang avait été faite et était largement connue. Vues sous cet angle, les questions de la directrice générale de la Société canadienne de l'hémophilie deviennent d'autant plus pertinentes et méritent qu'on les pose à nouveau :

«Pourquoi la Croix-Rouge a-t-elle attendu jusqu'à mai 1985 pour proposer son plan d'application du test? Et pourquoi le Comité canadien du sang, face à une crise, a-t-il pris trois mois pour approuver le financement du projet<sup>43</sup>?»

40

Dr Norbert Gilmore, *Procès-verbaux*, fascicule 20, 11 février 1993, p. 33.

41

Dr Michael O'Shaughnessy, *Procès-verbaux*, fascicule 23, 11 mars 1993, p. 19.

42

Dr Michael O'Shaughnessy, *Procès-verbaux*, fascicule 23, 11 mars 1993, p. 4-5.

43

Lindée David, Société canadienne de l'hémophilie, *Procès-verbaux*, fascicule 18, 3 décembre 1992, p. 23.



qu'il faut prévoir une période de mise en oeuvre de douze semaines après les «approbations administratives et financières». Il est donc permis de penser que le dépistage aurait pu commencer le 1<sup>er</sup> août<sup>36</sup>.

Le Comité canadien du sang approuve le plan de la Croix-Rouge «en principe» le 5 juin, mais l'approbation finale est retardée jusqu'à ce que les autorités provinciales débattent de la question. Ces discussions, qui ont lieu au cours d'une rencontre consensuelle avec les représentants provinciaux et territoriaux, se déroulent à Ottawa le 4 juillet 1985. Selon la chronologie des faits établie par Santé et Bien-être social Canada, on convient alors que le plan de la Croix-Rouge pourrait être mis en oeuvre le 14 octobre si le Comité canadien du sang approuve le budget avant le 12 juillet. Tous les membres du Comité canadien du sang, sauf l'Ontario, approuvent le plan de la Croix-Rouge le 17 juillet. L'Ontario donne son accord le 1<sup>er</sup> août<sup>37</sup>. Le plan est mis en oeuvre par la Croix-Rouge environ douze semaines plus tard, soit le 1<sup>er</sup> novembre 1985. Certains centres de collecte et distribution de sang commencent à effectuer des tests à la fin de l'été ou au début de l'automne 1985.

Mettre en oeuvre un système de dépistage sanguin est un processus difficile et complexe, comme l'ont indiqué clairement plusieurs témoins au Sous-comité. Le Dr Peter Pinkerton, représentant la Société canadienne d'hématologie a fait remarquer que :

«[...] le début de l'application des tests de dépistage n'est pas qu'une simple question de date. Il y a d'autres considérations dont il faut tenir compte, et je vais tenter d'en énumérer quelques-unes. Ce ne sont pas là des excuses. Ce ne sont même pas forcément des raisons que je donne, mais plutôt des facteurs qui paraissent importants, à l'époque, et qui, après coup, peuvent sembler déplacés, non pertinents, ou n'avoir l'air que d'empêchements mineurs que l'on n'a pas su rapidement surmonter<sup>38</sup>».

Il fallait d'abord trouver un laboratoire convenable et bien équipé. «Plusieurs provinces ont dû construire de nouveaux laboratoires ou apporter des transformations considérables à ceux qu'elles possédaient pour qu'ils répondent aux règles de sécurité relatives à la manipulation de ce virus<sup>39</sup>.» Après tout, on croit que la contamination par le VIH est mortelle. Ce danger a soulevé des inquiétudes au sujet de la formation et de la protection du personnel chargé d'analyser le sang donné.

La disponibilité des trousses de dépistage est une question qui a été soulevée à plusieurs reprises pendant les audiences publiques. Même si la FDA a approuvé les trousses commerciales aux États-Unis le 2 mars 1985, le Sous-comité n'a obtenu aucune preuve démontrant que les trousses étaient disponibles commercialement, au Canada ou à l'étranger, lorsque le dépistage a été implanté dans divers pays. Santé et Bien-être social Canada a toutefois déclaré qu'en juin 1984, le département du Commerce des États-Unis a accordé des licences à cinq entreprises pour qu'elles puissent entreprendre la production des trousses de dépistage des anti-VIH. Cela indique peut-être que la production des trousses pourrait avoir commencé neuf mois avant l'approbation réglementaire mais ne répond pas à la question de la disponibilité.

36 Voir l'annexe B, *Chronologie des faits*.

37 BPB, *Record of Events*, 24 mars 1993.

38 Dr Peter Pinkerton, Société canadienne d'hématologie, *Procès-verbaux*, fascicule 26, 1<sup>er</sup> avril 1993, p. 7.

39 Dr Michael O'Shaughnessy, *Procès-verbaux*, fascicule 23, 11 mars 1993, p. 8.

la question ne sera pas réglée complètement — si une solution s'avère vraiment possible — que toute la documentation pertinente de la Société canadienne de la Croix-Rouge, du Comité canadien du sang et du ministère de la Santé et du Bien-être social, entre autres, n'aura pas été étudiée avec soin. Cette réserve étant faite, nous avons examiné la chronologie des faits et e

signations les principaux éléments ci-dessous.

Comme nous l'avons déjà indiqué, une épreuve de dépistage en laboratoire des anti-VIH avait été mise au point et décrite dans un journal reconnu en mai 1984. Il ne s'agissait pas cependant, d'une épreuve commerciale pouvant être appliquée à un très grand nombre d'unités de sang donné. Jusque vers la fin de 1985, selon le Dr Michael O'Shaughnessy, le seul endroit alors capable de réaliser une épreuve de dépistage d'anti-VIH au Canada était le Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM), à Ottawa. Du milieu de 1984 à la fin de 1985, l'équipe de ce laboratoire a testé environ 25 000 prélèvements de sang<sup>31</sup>.

Durant cette période, toutefois, la mise au point d'une trousse commerciale permettant d'analyser un grand nombre de prélèvements sanguins progresse rapidement. En février 1985, le gouvernement australien approuve la première trousse commerciale de dépistage d'anti-VIH dans le sang. Le 2 mars 1985, la *Food and Drug Administration* des États-Unis approuve la première épreuve commerciale de dépistage du sang donné dans ce pays. Le 7 mars, le Comité consultatif sur le sida (CCN-SIDA) recommande que la Croix-Rouge prépare un plan de mise en oeuvre du dépistage du VIH dans le sang donné. Le 1<sup>er</sup> avril 1985, la première trousse ELISA de dépistage des anticorps du sida dans le sang est mise en vente au Canada; une deuxième l'est le 18 avril<sup>32</sup>.

Les témoignages reçus par le Sous-comité révèlent un certain désaccord au sujet des dates d'entrée en vigueur du dépistage à l'étranger, mais il semble clair que plusieurs pays avaient mis sur pied leurs programmes de dépistage au printemps de 1985. Santé et Bien-être social Canada a déclaré que la FDA, aux États-Unis, avait terminé à 99 p. 100 la mise en oeuvre de son programme de dépistage sanguin à la fin de mars 1985<sup>33</sup>. Comparaisant devant le Sous-comité, le Dr Norbert Gilmore, ancien président du CCN-SIDA, a déclaré que le dépistage des anti-VIH était en vigueur en Australie à la mi-avril 1985<sup>34</sup>; un fonctionnaire du ministère de la Santé de l'Australie a toutefois déclaré depuis que la Croix-Rouge australienne a institué le dépistage dans tous ses services transfusionnels «à la fin d'avril et au début de mai 1985<sup>35</sup>».

Au Canada, le dépistage des anti-VIH à l'échelle nationale a commencé plus tard qu'aux États-Unis et qu'en Australie. La chronologie des faits, établie à partir des témoignages reçus au Sous-comité le démontre clairement. Au moment où le dépistage est presque un fait accompli partout aux États-Unis et en Australie, le plan de mise en oeuvre de la Croix-Rouge canadienne traite encore son chemin dans le système canadien. Le 1<sup>er</sup> mai 1985, la Croix-Rouge présente son plan au Comité canadien du sang, au CCN-SIDA et à Santé et Bien-être social Canada et précise

31

Dr Michael O'Shaughnessy, *Procès-verbaux*, fascicule 23, 11 mars 1993, p. 7.

32

Voir l'annexe B, *Chronologie des faits*. L'épreuve immuno-enzymatique ELISA, dont la troisième génération sert actuellement à dépister les anti-VIH dans le sang, tire son nom de la technique employée. L'acronyme ELISA désigne «Enzyme-Linked Immunosorbent Assay».

33

Bureau des produits biologiques, Santé et Bien-être social Canada, *Record of Events*, 24 mars 1993 (ci-après, BPB, *Record of Events*) déposé au Sous-comité le 25 mars 1993.

34

Dr Norbert Gilmore, *Procès-verbaux*, fascicule 20, 11 février 1993, p. 24.

35

Lettre du Dr Lance Sanders, ministère de la Santé, du Logement et des Services communautaires, Commonwealth de l'Australie, 4 mars 1993.



En mai 1984, une communication publiée dans la revue *Science* décrit une méthode de dépistage des anti-HTLV-III dans le sérum de malades atteints du sida<sup>27</sup>. Cette découverte marque clairement un jalon important dans la recherche sur le sida et a des implications importantes pour les stratégies de prévention du sida, en particulier pour l'innocuité des approvisionnements sanguins. Mais la capacité de dépister les anticorps du virus du sida dans le sérum sanguin, malgré les possibilités prometteuses d'un dépistage de masse des unités de sang donées afin de déterminer si le donneur a été exposé au virus, soulève d'importantes questions dans le milieu médical :

«En 1984 et 1985, il y a eu une controverse à propos de la validité de l'épreuve VIH. Nous ignorons, à l'époque, et il nous a fallu trois ans pour le découvrir, que le virus pouvait être récupéré sur tout sujet dont les résultats révélaient la présence d'anticorps. Ce virus constituait une nouvelle classe de pathogène humain<sup>28</sup>.»

Pour la plupart des virus qui provoquent des maladies chez les humains et chez les animaux, l'existence d'anticorps dans le sérum sanguin indique qu'il y a eu infection et que le système immunitaire a réagi positivement en créant des anticorps pour lutter contre le pathogène. Le virus disparaît alors habituellement après la première manifestation de la maladie. C'est ce qui se passe normalement pour les maladies courantes comme la grippe et la rougeole. Il en va parfois autrement pour d'autres maladies virales comme l'hépatite B, par exemple : un petit pourcentage de personnes contaminées par le virus de l'hépatite B restent toujours atteints d'une infection chronique, encore que sous-clinique, et peuvent transmettre le virus durant toute leur vie.

Dans le cas des rétrovirus tels que le VIH cependant :

«[...] la présence de l'anticorps est révélatrice de l'infection, qui est probablement permanente. Je ne connais aucun cas de sujet qui se soit rétabli naturellement d'infection par VIH. Non seulement, les sujets porteurs de l'anticorps sont contaminés, mais ils risquent aussi de transmettre l'infection. Cela, nous l'ignorons en 1984 et 1985. C'est pourquoi une controverse animée entourait la question du risque que pouvait présenter pour les banques de sang le sujet porteur d'anticorps VIH. Nous n'avons pas de réponse à cette question. Tout ce que nous avons, c'était l'épreuve de détection de l'anticorps. Les autres réponses sont arrivées trois ans plus tard<sup>29</sup>.»

Bien qu'il ait subsisté une incertitude quant à la signification d'un test sanguin positif à l'égard des anticorps anti-VIH, il a été décidé que les porteurs du VIH ne devraient pas donner de sang. Les questions cruciales qu'il faut se poser sont si le dépistage des anticorps a été mis sur pied aussi rapidement qu'on le pouvait, compte tenu de la technologie et des compétences qui existaient à l'époque et si la prise des décisions dans le système canadien de collecte et de distribution du sang a occasionné des retards évitables ou contribué à de tels retards<sup>30</sup>.

En analysant ces importantes questions, le Sous-comité a dû reconnaître qu'elles sont au cœur de certaines poursuites judiciaires en instance, ou qu'elles le seront sous peu, dans plusieurs provinces. Il nous faut donc les aborder avec la circonspection et la prudence qui s'imposent. Même si nous avons entendu de nombreux témoignages et de nombreuses opinions,

27 M.G. Sarnaghdaran et al. «Antibodies reactive with human T-lymphotropic retroviruses (HTLV-III) in the serum of patients with AIDS», *Science*, vol. 224, 1984, p. 506-508.

28 Dr Michael O'Shaughnessy, *Procès-verbaux*, fascicule 23, 11 mars 1993, p. 8.

29 *Ibid.*

30 La chronologie des faits reliés à la contamination du sang par le VIH figure à l'annexe B. Des éléments de cette chronologie sont cités au fil des divers thèmes abordés dans le présent rapport.



## LE DÉPISTAGE DES ANTI-VIH DANS LE SANG

Compte tenu des connaissances scientifiques et de la technologie médicale disponibles à l'époque, je pense que nous avons agi avec toute la célérité possible pour mettre les tests en place.

George Weber

Société canadienne de la Croix-Rouge<sup>23</sup>

Pourquoi la Croix-Rouge a-t-elle attendu jusqu'à mai 1985 pour proposer son plan d'application du test? Et pourquoi le Comité canadien du sang, face à une crise, a-t-il pris trois mois pour approuver le financement du projet?

Lindee David

Société canadienne de l'hémophilie<sup>24</sup>

Le dépistage des agents infectieux dans le sang donné est l'un des principaux moyens employés pour assurer l'innocuité des approvisionnements sanguins d'un pays. La mise en place d'épreuves de dépistage des anticorps du virus du sida, le VIH, par la Croix-Rouge canadienne est l'une des questions les plus controversées que le Sous-comité a dû étudier. Il s'agit également d'une question très complexe, à cause des incertitudes qui ont entouré le sida au début et au milieu des années 80 et à cause des techniques employées pour dépister les anti-VIH dans le sang.

Le fait que la tragédie du sida/VIH, aussi grande soit-elle, aurait pu être pire si elle s'était produite dix ou vingt années plus tôt, donne à réfléchir. Toutefois, à la fin des années 1970 :

«... l'ensemble du milieu de la biotechnologie avait atteint un niveau permettant de réagir assez rapidement. Il est étonnant de voir qu'un agent dont nous ignorions l'existence en 1982 a été isolé en 1984 et que les tests précis étaient en place dès 1985<sup>25</sup>»

Historiquement, les approvisionnements sanguins du Canada sont soumis à des épreuves de dépistage des agents infectieux depuis 1940, lorsqu'une épreuve permettant de dépister la syphilis a été instituée. En 1972, un test «plutôt rudimentaire» de dépistage de l'antigène de surface de l'hépatite B (VHB) a été adopté. Il a été remplacé vers 1976 par un test beaucoup plus sensible et précis<sup>26</sup>.

Il importe de signaler que le VIH diffère de la plupart des virus auxquels les autorités responsables de la santé ont été confrontées avant 1981, lorsque le sida a été décrit pour la première fois. En effet, malgré les fortes indications vers le milieu de 1982 que le sida pouvait se transmettre par le sang, un virus qui s'est révélé par la suite être le VIH n'a pas été découvert avant 1983, quand Luc Montagnier et ses collègues de l'Institut Pasteur à Paris ont isolé un virus qu'ils ont appelé le «virus lymphadéno-associé» ou LAV. Un an plus tard, aux États-Unis, Robert Gallo et ses collègues isolaient eux aussi un virus qu'ils appelaient le «virus humain T-lymphotrope de type III», communément appelé HTLV-III. Au bout du compte, les deux isolats se sont révélés identiques. Ils représentaient cependant un nouveau groupe de rétrovirus. Ce nouveau virus a donc été appelé virus de l'immunodéficience humaine, ou VIH, en 1986.

23

George Weber, Société canadienne de la Croix-Rouge, *Procès-verbaux*, fascicule 17, 26 novembre 1992, p. 39.

24

Lindee David, Société canadienne de l'hémophilie, *Procès-verbaux*, fascicule 18, 3 décembre 1992, p. 23.

25

Dr Peter Pinkerton, Société canadienne d'hématologie, *Procès-verbaux*, fascicule 26, 1<sup>er</sup> avril 1993, p. 17.

26

*Ibid.*, p. 8.

produit coagulant, le facteur VIII, a été homologué en 1968 pour la vente au Canada. En décembre 1989, le sang entier a été classé comme drogue et inscrit à l'annexe D de la Loi, pour devenir de ce fait et à l'instar des produits sanguins un produit régi par le Bureau des produits biologiques<sup>18</sup>.

Le Ministère régit également les troussees de diagnostic et de dépistage pour assurer l'innocuité du sang. À l'heure actuelle, cette fonction relève des règlements sur les instruments médicaux. Le Ministère est en train de prendre des mesures pour inscrire ces troussees à l'annexe D de la Loi afin de les réglementer de la même manière et aussi rigoureusement que s'il s'agissait de drogues d'origine biologique. Il pourra ainsi «instaurer des procédures de mise en circulation des lots de même que des procédures d'inspection et d'homologation des installations de fabrication<sup>19</sup>».

En plus des trois principaux intervenants dans le système canadien de collecte et de distribution du sang, d'autres exécutent des fonctions spécialisées ou représentent des groupes d'intérêts particuliers. La Société canadienne de l'hérophilie est une importante organisation nationale qui représente les intérêts des hérophiles canadiens. Elle se décrit comme l'un des organismes qui «consomment le plus de sang et de produits sanguins» au Canada et soutient que les hérophiles constituent le groupe le plus durement frappé par l'épidémie de VIH et de sida<sup>20</sup>.

Les hôpitaux et les médecins du Canada ont aussi un rôle important à jouer dans le système de collecte et de distribution du sang :

«Les hôpitaux ont aussi un rôle très clair à jouer en ce qui a trait à l'entreposage provisoire [du sang et des produits sanguins], à la préparation du produit pour chaque malade et à la surveillance des effets néfastes. Toutefois, cela doit se limiter au séjour du malade à l'hôpital. On ne peut pas facilement suivre les malades qui ont reçu leur congé de l'hôpital depuis deux ou trois mois.

«Les médecins ont la responsabilité de prescrire les produits. Ils ont la responsabilité de l'administration clinique ainsi que de l'évaluation des effets, dans une certaine mesure<sup>21</sup>.»

Le Conseil canadien d'agrément des établissements de santé se charge de l'accréditation des hôpitaux. Ses critères portent notamment sur la surveillance et le fonctionnement des banques de sang et des services de transfusion sanguine dans les hôpitaux. Les facultés de médecine, le Collège royal des médecins et les diverses associations nationales — comme la Société canadienne d'hématologie et la Société canadienne de médecine transfusionnelle — s'intéressent à l'éducation et à la recherche, fonctions essentielles dans un régime de santé moderne et progressiste<sup>22</sup>.

- 18 Janice Hopkins, Santé et Bien-être social Canada, *Procès-verbaux*, fascicule 25, 25 mars 1993, p. 4.
- 19 *Ibid.*, p. 5.
- 20 Lindee David, Société canadienne de l'hérophilie, *Procès-verbaux*, fascicule 18, 3 décembre 1992, p. 16.
- 21 Dr Peter Pinkerton, Société canadienne d'hématologie, *Procès-verbaux*, fascicule 26, 1<sup>er</sup> avril 1993, p. 12.
- 22 *Ibid.*, p. 12-13.



- Il faut maintenir un programme national du sang<sup>13</sup>.

Ces principes traduisent implicitement le fait que le Canada, bien qu'il soit doté d'un système national de collecte et de distribution du sang, ne s'autosuffit pas en plasma ni en produits sanguins. Le Canada n'a pas d'installation de fractionnement pour le moment, et aucune décision n'a encore été prise au sujet d'une proposition de la Croix-Rouge canadienne, entre autres, visant à en construire une au pays<sup>14</sup>.

L'Agence canadienne du sang est un organisme fédéral sans but lucratif, mais les membres de son conseil d'administration sont tous hauts fonctionnaires (sous-ministres adjoints) de provinces et des territoires. Le gouvernement fédéral n'est pas représenté au conseil d'administration et, à vrai dire, il a choisi de ne pas participer directement aux activités d'Agence<sup>15</sup>. Le lien entre le gouvernement fédéral, par l'entremise de Santé et Bien-être social Canada, et l'ACS est double : d'abord fournir de l'information sur les produits employés dans le système et ensuite échanger de l'information scientifique sur des questions d'intérêt commun<sup>16</sup>.

Dans la pratique, le mandat de l'Agence ressemble à celui de l'ancien Comité canadien du sang, sauf que la structure de l'Agence lui donne plus d'autonomie véritable par rapport aux gouvernements qui en font partie. On a aussi affirmé que l'Agence pourrait intervenir plus rapidement et plus efficacement que ne le faisait le CCS, par exemple si des fonds d'urgence étaient nécessaires pour financer un nouveau test de dépistage sanguin. William Dobson, directeur exécutif de l'Agence canadienne du sang, a déclaré ce qui suit lors de son témoignage devant le Sous-comité :

«Je suis autorisé à signer pour obtenir jusqu'à 3,5 millions de dollars à la banque. Nous n'utilisons pas cette ligne de crédit pour financer nos activités courantes, mais la possibilité est là. Comme je l'ai dit, si, à la suite d'un consensus, on déterminait qu'il y avait un risque grave pour la sécurité — et il ne faut pas oublier que nous avons immédiatement accès à l'avis d'experts de notre comité consultatif scientifique et d'autres — je n'hésiterais pas un instant à signer un emprunt de 3,5 millions de dollars pour obtenir des fonds<sup>17</sup>.»

L'existence d'une marge de crédit constitue une nette amélioration par rapport au système précédent pour les décisions de financement qui devaient être prises au moyen de réunions consensuelles regroupant tous les gouvernements membres. Toutefois, le système est encore axé sur une méthode consensuelle pour la prise de décisions. Nous y reviendrons plus loin.

Sans participer directement à la structure administrative et opérationnelle du système canadien de collecte et de distribution du sang, le gouvernement fédéral joue certains rôles essentiels dans le processus global. En plus des deux fonctions décrites ci-dessus, l'autorité fédérale s'exerce par l'entremise des règlements sur le sang et les produits sanguins ainsi que sur les trousseaux de dépistage employés pour assurer l'innocuité du sang. Les produits sanguins sont réglementés en vertu de la Loi sur les aliments et drogues depuis qu'ils existent. Ainsi, le premier

13 Ibid.

14 Société canadienne de la Croix-Rouge, *communication personnelle*, 16 avril 1993.

15 Janice Hopkins, Santé et Bien-être social Canada, *Procès-verbaux*, fascicule 25, 25 mars 1993, p. 9.

16 Dr D.W. Boucher, Bureau des produits biologiques, *Procès-verbaux*, fascicule 25, 25 mars 1993, p. 7.

17 William Dobson, Agence canadienne du sang, *Procès-verbaux*, fascicule 19, 4 février 1993, p. 14.



ministres de la Santé. Le mandat du CCS consistait à «diriger le système canadien de collecte et de distribution du sang conformément aux quatre principes adoptés par les ministres de la Santé» à la Conférence interprovinciale de septembre-octobre 1981<sup>10</sup>.

Le CCS s'est réuni pour la première fois le 3 décembre 1981 et a alors rédigé une ébauche de mandat, qui a été approuvée à sa deuxième réunion en février 1982 (voir l'annexe A). En 1983, les membres du CCS ont convenu de constituer un secrétariat au sein de Santé et Bien-être social Canada. Ce secrétariat, dirigé par un directeur administratif fonctionnaire du ministère de la Santé fédéral, était composé de fonctionnaires du Ministère qui, aux fins administratives, relevaient du sous-ministre adjoint de la Direction générale des services de santé et de la promotion de la santé<sup>11</sup>.

La lecture du mandat du CCS (annexe A) révèle que le Comité était chargé d'établir les politiques relatives à tous les aspects du système; de veiller à l'application des politiques par le volet opérationnel, y compris par la Croix-Rouge; de consulter les ministères fédéraux visés, dont le Bureau des produits biologiques à Santé et Bien-être social Canada; et d'examiner et d'approuver «les programmes et budgets du Recrutement des donneurs de sang et des Services transfusionnels de la Société canadienne de la Croix-Rouge, sous réserve de l'accord de l'ensemble des provinces et des territoires». (Ce sont les auteurs qui soulignent). Il s'ensuit donc que tout nouveau poste budgétaire aurait dû être approuvé par l'ensemble des provinces et des territoires avant que le CCS puisse donner son approbation. Comme nous le verrons plus loin, ce processus d'approbation a influencé la prise des décisions lorsqu'il a fallu de nouveaux crédits en 1985 pour mettre sur pied une épreuve de dépistage des anti-VIH par la Croix-Rouge canadienne.

Un nouvel organisme, l'Agence canadienne du sang, a été créé pour remplacer le Comité canadien du sang. Incorporée en mai 1991, l'Agence a commencé ses activités le 1<sup>er</sup> octobre de la même année, lors de la nomination d'un directeur exécutif. L'objet ou la mission de l'Agence consiste à : «Diriger, coordonner et financer les divers éléments du régime canadien du sang qui exigent une orientation nationale conformément aux principes établis par les ministres de la Santé pour l'utilisation thérapeutique du sang humain, des produits sanguins ou de leurs substituts<sup>12</sup>».

Le mandat de l'Agence canadienne du sang repose sur sept principes, qui ont été établis pour le système canadien de collecte et de distribution du sang. Ces principes s'énoncent comme suit :

- Il faut maintenir et protéger le système de dons volontaires.
- Il faut encourager l'autosuffisance nationale en sang et en plasma.
- Il faut encourager la suffisance et la sécurité des approvisionnements de sang, de produits sanguins et de fractions plasmatiques pour répondre aux besoins des Canadiens.
- L'innocuité de tout le sang, des produits sanguins et des fractions plasmatiques est de la plus haute importance.
- Il faut maintenir la gratuité de tout le sang, des produits sanguins et des fractions plasmatiques dans le cadre des régimes canadiens d'assurance-maladie.
- Il faut promouvoir une gestion plus efficace et plus rentable du système du sang au Canada.

10 Ibid.

11 Dr Denise Leclerc, *Procès-verbaux*, fascicule 22, 25 février 1993, p. 5.

12 Agence canadienne du sang, *Implementation Proposal for the Deputy Ministers of Health*, juin 1990.

relèvent du directeur national, Services transfusionnels, de la Société canadienne de le Croix-Rouge. Il existe actuellement des centres de transfusion dans toutes les provinces, mais ces centres ont une portée régionale et exercent leurs activités sans tenir compte des frontières provinciales. Le sang et les produits sanguins traversent librement les frontières provinciales. La distribution s'effectue donc à l'échelle nationale.

Un autre intervenant important au début des années 80 était le Comité canadien du sang (CCS). De nombreux articles parus dans les journaux sur la tragédie du VIH et du sida et certains témoins ont qualifié ce comité d'obstacle à des décisions rapides face à une crise prenant toujours plus d'ampleur. Il est donc important que les lecteurs du présent rapport comprennent les origines, la structure et le rôle du CCS.

Le Comité canadien du sang tire ses origines du Comité fédéral-provincial d'examen des programmes et des budgets créé en 1974 lors de la Conférence des sous-ministres de la Santé. Ce comité comprenait deux représentants provinciaux et « agissait comme représentant des provinces. Il avait pour objectif d'examiner les budgets dans une perspective nationale afin d'éviter les nombreuses difficultés survenues par le passé, lorsque les dix provinces faisaient chacune leurs propositions<sup>7</sup> ».

Une étape importante vers la création du CCS a été franchie à l'été 1981, quand un comité spécial sur une autorité canadienne chargée de la politique du sang a été constitué. Ce comité spécial a déposé son rapport à la Conférence des ministres de la Santé en septembre-octobre 1981. À cette occasion également, quatre principes du système canadien de collecte et de distribution du sang ont été énoncés soit :

- protéger la nature bénévole du système de dons au Canada en facilitant aux Canadiens le don volontaire de sang dans l'intérêt de la société en général et en assurant la gestion responsable de ces dons;
- assurer l'autosuffisance en produits sanguins en réduisant la dépendance du Canada sur l'approvisionnement auprès de sources étrangères, particulièrement celles qui doivent acheter du plasma comme matière première;
- assurer la gratuité des produits sanguins en renforçant la tradition canadienne voulant qu'aucun paiement ne soit versé pour les dons de sang ou de plasma ou ne soit exigé de la part de ceux qui reçoivent du sang ou des produits sanguins;
- maintenir une politique canadienne de non-profit et considérer comme un profit tous frais imposés supérieurs au coût réel de fabrication d'un produit sanguin de façon rationnement<sup>8</sup>.

Une recommandation importante du rapport du comité spécial était que les « ministres de la Santé conviennent d'établir une autorité canadienne du sang chargée de diriger le système canadien de collecte, de transformation et de distribution du sang<sup>9</sup> ». Cette recommandation a été appuyée par les ministres de la Santé lors de leur conférence. Le nom de l'organisme est devenu par la suite « Comité canadien du sang ». Le Comité était composé de treize membres nommés par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé et il relevait de la Conférence des

7 La Société canadienne de la Croix-Rouge, *The Canadian Red Cross Blood Programme from 1974 to 1990 — A Report to the Canadian Hematology Society* (ci-après, *Rapport de la SCCR*), Ottawa, 1990, p. 4.  
8 *Rapport de la SCCR*, 1990, p. 23.  
9 *Rapport de la SCCR*, 1990, p. 24.



encore un «examen public» du système de collecte et de distribution du sang. De toute évidence, le mot «enquête» n'a pas le même sens pour tout le monde. Le Sous-comité traite de cette question complexe dans un chapitre distinct de son rapport.

Les témoignages dont s'inspire le présent rapport ont été publiés dans les fascicules nos 17 à 27 du Sous-comité sur les questions de santé, 3<sup>e</sup> session, 34<sup>e</sup> législature.

## LE SYSTÈME CANADIEN DE COLLECTE ET DE DISTRIBUTION DU SANG

*Chaque jour au Canada, une personne a besoin d'une transfusion sanguine . . . toutes les 20 secondes. Par conséquent, des centaines de milliers de personnes ont besoin chaque année de transfusions sanguines et des centaines de milliers d'autres ont besoin de produits sanguins qui proviennent de dons de sang effectués par des bénévoles au Canada.*

George Weber  
Société canadienne de la Croix-Rouge<sup>6</sup>

Le système canadien de collecte et de distribution du sang est un élément essentiel du régime de santé canadien et très peu de personnes ou de familles au Canada ne sont pas touchées d'une façon ou d'une autre par la nécessité d'assurer en permanence l'innocuité et la haute qualité du sang et des produits sanguins. Puisque le sang est une ressource complexe qui exige une gestion prudente et intelligente, le système de collecte et de distribution du sang est lui aussi fort complexe, sa structure et sa gestion traduisant assez bien les réalités politiques et sociales compliquées qui caractérisent notre pays.

Le système canadien de collecte et de distribution du sang est fortement identifié à la Croix-Rouge, ou plus exactement à la Société canadienne de la Croix-Rouge (SCCR). Il comprend aussi quelques autres intervenants, qui ont tous un rôle essentiel à jouer. Depuis dix ans, et plus particulièrement depuis l'an dernier, à cause de la tragédie du VIH et du sida du début et du milieu des années 80, la nature et le fonctionnement du système se retrouvent dans le collimateur. De graves questions ont été posées au sujet de l'innocuité de nos approvisionnements sanguins.

Bien que notre rapport porte principalement et à juste titre, sur les événements qui ont provoqué le désastre du VIH et du sida, il faut placer notre analyse dans un contexte permettant de comprendre le fonctionnement du système il y a dix ans, son fonctionnement actuel et certaines implications pour l'avenir.

Au début des années 80, lorsque l'épidémie du sida était encore à ses débuts, le système canadien de collecte et de distribution du sang comprenait trois principaux intérêts. Tout comme maintenant, la Société canadienne de la Croix-Rouge était le volet opérationnel. Elle comptait sur deux grands éléments : le Recrutement des donneurs de sang et les Services transfusionnels. Le Service du recrutement avait pour tâche principale de recruter des bénévoles disposés à donner du sang ou du plasma. Lorsqu'un donneur participait à une collecte de sang, il devenait alors la responsabilité des Services transfusionnels, qui recevaient le don et guidaient l'unité de sang, de plasma ou de produit sanguin dans le système, jusqu'à sa destination finale.

L'organisation et le fonctionnement du système de collecte et de distribution du sang par la Croix-Rouge ont une envergure nationale. Le système fait appel à dix-sept centres régionaux, qui appliquent des procédures, lignes directrices et politiques nationales. Les centres régionaux



4. David Page, Société canadienne de l'hémophilie, *Procès-verbaux*, fascicule 18, 3 décembre 1992, p. 21.
5. John R. McDonald, Gerald M. Devins et Man Chiu Poon, *Canadians HIV Positive Secondary to Blood Transfusion*, rapport final, Santé et Bien-être social Canada, Programme national de recherche et de développement en matière de santé, projet n° 6609 — 1694 — SIDA, 1992, p. 13. (Le total de 261 personnes représente les sujets dénombrés au 31 octobre 1992.)

Le dernier aspect sur lequel le Sous-comité s'est penché est la question d'une enquête sur le système passé et actuel de collecte et de distribution du sang au Canada. La plupart des témoins qui ont comparu devant nous ont recommandé une enquête quelconque, encore que les motifs invoqués varient d'un témoin à l'autre. De plus, les témoins ne s'entendent pas sur le type d'enquête à mener. Ils ont recommandé une «enquête judiciaire», une «enquête publique» ou

Deux autres grandes sources de préoccupation ont été portées à l'attention du Sous-comité. Il y a d'abord la question de l'indemnisation des personnes infectées par le VIH au contact du système de distribution du sang. Le gouvernement fédéral a créé son Régime d'aide extraordinaire en 1989. Exception faite jusqu'ici de la Nouvelle-Écosse, qui a mis sur pied récemment un programme de dédommagement, les provinces et les territoires n'ont pas prévu d'indemnisation pour les personnes infectées ou à leurs familles et la Société canadienne de la Croix-Rouge ne l'a pas fait elle non plus. C'est ce qui explique en partie les poursuites civiles en instance devant les tribunaux provinciaux et intentées par les personnes touchées et leurs familles.

L'organisation actuelle du système canadien de collecte et de distribution du sang, par rapport au système qui existait au milieu des années 80, a fait couler beaucoup d'encre et soulevé de grandes inquiétudes. Jusqu'à un certain point, ce système est un cas unique parmi les programmes de santé canadiens du fait qu'il s'agit essentiellement d'un régime national relevant des provinces et des territoires, qui assurent l'ensemble du financement public. Le rôle actif du gouvernement fédéral se limite actuellement à réglementer le système, puisque le sang, les produits sanguins et les troussees de dépistage relèvent de la *Loi fédérale sur les aliments et drogues*.

Le rapport traitera du sang contaminé au VIH sous divers angles, qui correspondent aux principales sources d'inquiétude et de controverse. De nombreuses questions ont été soulevées au sujet du dépistage des anticorps dans le sang donné au Canada, et ailleurs, et de la rapidité avec laquelle les épreuves de dépistage ont été instaurées au pays par rapport à d'autres pays, notamment les États-Unis. La question des produits coagulants comme le facteur VIII et le passage de produits non chauffés à des produits chauffés, constituera un autre thème. Dans le même ordre d'idées, il sera question d'une installation canadienne de fractionnement du sang, qui produirait notamment des produits coagulants comme les facteurs VIII et IX, dont on a besoin pour certains soins médicaux.

L'étude du Sous-comité a porté sur deux aspects de la question. Premièrement, nous voulons dégager, si possible, les faits et les facteurs qui ont provoqué l'infection de plus d'un millier de Canadiens par du sang et des produits sanguins contaminés au VIH dans les années 80. Deuxièmement, nous avons cherché à nous assurer que les approvisionnement sanguins actuels au Canada sont aussi sûrs que possible et que les mécanismes en place permettraient de réagir efficacement et rapidement à toute crise future semblable à celle du désastre du sida il y a une décennie.

des transfusions de sang contaminé par le virus du sida<sup>5</sup>.

environ 800 hémophiles — la plupart d'entre eux souffrant d'hémophilie A et nécessitant des concentrés de facteur VIII — ont été infectés au VIH<sup>4</sup>, ainsi que 261 non-hémophiles qui ont reçu sanguins au Canada, et ailleurs, est une véritable tragédie médicale et sociale. Entre 1980 et 1987,

La maladie complexe qu'on a appelée syndrome d'immunodéficience acquise ou sida a été signalée pour la première fois aux États-Unis par les centres épidémiologiques en juin 1981. Les premiers cas ont été reconnus à la présence simultanée et inhabituelle de maladies comme la pneumonie interstitielle (PCP) et la maladie de Kaposi, un type de lésions cancéreuses rare. Le premier cas de sida au Canada a été signalé environ sept mois plus tard, en février 1982. Des études rétrospectives ont toutefois révélé qu'il y a eu des cas de sida en Afrique, en Europe et en Amérique du Nord dans les années 70.

Le virus de l'immunodéficience humaine ou VIH, qui, d'après la plupart des chercheurs médicaux, provoque le sida, existe chez les humains depuis beaucoup plus longtemps qu'on ne le croyait au départ. Bien que l'origine de ce virus reste obscure, des cas isolés d'infection apparente par le VIH remontent aux années 60<sup>1</sup> et la première infection documentée par le VIH-1, d'après le dépistage des anticorps, est survenue en 1959<sup>2</sup>. Il semble que le VIH a commencé entre le milieu et la fin des années 70 à se propager de manière continue et importante, aussi bien en Amérique du Nord qu'ailleurs.

Lorsque les premiers cas de sida ont été décrits aux États-Unis et au Canada, la cause du syndrome était inconnue. Le fait que la maladie ait d'abord été identifiée chez certains groupes de la population, notamment chez les jeunes hommes homosexuels ou bisexuels ayant de nombreux partenaires et chez les usagers de drogues intraveineuses, a donné lieu à de nombreuses théories sur la cause de cette maladie, y compris la possibilité que la maladie soit associée à certains modes de vie, plutôt qu'à un agent infectieux. La possibilité que le sida puisse se transmettre par le sang n'a pas été reconnue dès le départ.

En juillet 1982, toutefois, on savait que trois hémophiles étaient atteints du sida et on a commencé à comprendre que la maladie pourrait se transmettre par le sang ou les produits sanguins. En novembre de la même année, les centres épidémiologiques américains ont signalé que trois personnes avaient contracté le sida à la suite de transfusions sanguines. On a alors vraiment compris que le sang lui-même pouvait transmettre cette maladie<sup>3</sup>.

Depuis lors, et surtout depuis un an, les personnes, les groupes et les institutions intéressées ainsi que la population en général au Canada ont pris conscience, et à juste titre, de l'importance du lien entre le VIH ou le sida et le sang contaminé. La contamination du sang et des produits

<sup>1</sup> Jonathan M. Mann et Seth L. Weller, «Global Aspects of the HIV Epidemics», dans Vincent T. DeVita, Samuel Hellman et Steven A. Rosenberg (éditeurs), *AIDS — Etiology, Diagnosis, Treatment and Prevention*, troisième édition, J.B. Lippincott Company, 1992 (ci-après, *Devita et al.*), p. 89.

<sup>2</sup> Myron Essex, «Origin of AIDS», dans *Devita et al.*, 1992, p. 5. Deux types de VIH ont été identifiés. Le VIH-1 est celui qu'on retrouve dans la plupart des cas de sida en Amérique du Nord et en Europe. Le VIH-2 est surtout présent en Afrique occidentale.

<sup>3</sup> D'Norbert Gilmore, *Procès-verbaux et témoignages* du Sous-comité des questions de santé du Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine (ci-après, *Procès-verbaux*), fascicule 20, 1<sup>er</sup> février 1993, p. 23.





1	LE SANG CONTAMINÉ PAR LE VIH	1
1	INTRODUCTION	1
3	LE SYSTÈME CANADIEN DE COLLECTE ET DE DISTRIBUTION DU SANG	3
8	LE DÉPISTAGE DES ANTI-VIH DANS LE SANG	8
14	LE TRAITEMENT THERMIQUE DU CONCENTRÉ DE FACTEUR VIII	14
22	L'INDEMNISATION DES PERSONNES INFECTÉES PAR LE VIH À CAUSE DU SYSTÈME DE COLLECTE ET DE DISTRIBUTION DU SANG	22
24	RECOMMANDATIONS	24
24	Enquête publique sur le système canadien de collecte et de distribution des produits sanguins	24
24	Indemnisation des personnes infectées au VIH par l'intermédiaire du système de distribution	31
31	Dépistage des personnes ayant reçu du sang infecté au VIH	31
35	ANNEXE A — Mandat du Comité canadien du sang (Adopté en février 1982)	35
37	ANNEXE B — Dépistage du VIH dans le sang et traitement thermique des produits sanguins au Canada	37
45	ANNEXE C — Liste des témoins	45
47	Demande de réponse du gouvernement	47
49	Procès-verbal	49



Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine a l'honneur de présenter son

## SIXIÈME RAPPORT

Conformément au mandat que lui confère l'article 108(1) du Règlement, votre Comité a mis sur pied un Sous-comité et lui a donné le mandat d'examiner le sang contaminé par le VIH et d'autres questions connexes.

Le Sous-comité a présenté son troisième rapport au Comité.

Votre Comité a adopté le rapport, dont voici le texte :





## Sous-comité des questions de santé



Stanley Wilbee  
Président  
Delta  
(Colombie-Britannique)



Rey Pagtakhan, Libéral  
Vice-président  
Winnipeg-Nord  
(Manitoba)

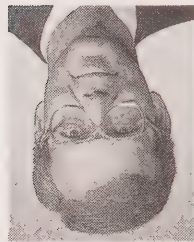


Jean-Luc Joncas, P.C.  
Matapédia—Matane  
(Québec)

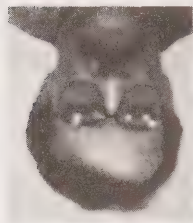


Chris Axworthy, N.P.D.  
Saskatoon—Clark's Crossing  
(Saskatchewan)

## Personnel du Sous-comité



William Barlett  
Service de recherche  
Bibliothèque du Parlement



Eugene Morawski  
Greffier du Sous-comité



Thomas Curren  
Service de recherche  
Bibliothèque du Parlement

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE  
SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES, DU TROISIÈME ÂGE  
ET DE LA CONDITION FÉMININE

*Présidence:* Barbara Greene  
*Vice-présidents:* Rey Pagtakhan  
Jean-Luc Joncas

Members

Edna Anderson  
Jim Karpoff  
Barbara Sparrow  
David Walker  
Stan Wilbec—(8)

(Quorum 5)

*Le greffier du Comité*

Eugene Morawski

SOUS-COMITÉ DES QUESTIONS DE SANTÉ DU COMITÉ  
PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL,  
DES AFFAIRES SOCIALES, DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA  
CONDITION FÉMININE

*Président:* Stan Wilbec

*Vice-président:* Rey Pagtakhan

Members

Chris Axworthy  
Jean-Luc Joncas

(Quorum 3)

*Le greffier du Sous-comité*

Eugene Morawski

William Bartlett  
Thomas Curren  
Service de recherche  
Bibliothèque du Parlement

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre  
des communes par l'Imprimeur de la Reine pour le Canada.

En vente: Groupe Communication Canada — Edition,  
Approvisionnement et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND WELFARE,  
SOCIAL AFFAIRS, SENIORS AND THE STATUS OF  
WOMEN

*Chair:* Barbara Greene  
*Vice-Chairmen:* Rey Pagtakhan  
Jean-Luc Joncas

Members

Edna Anderson  
Jim Karpoff  
Barbara Sparrow  
David Walker  
Stan Wilbec—(8)

(Quorum 5)

Eugene Morawski

*Clerk of the Committee*

SUB-COMMITTEE ON HEALTH ISSUES OF THE  
STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND WELFARE,  
SOCIAL AFFAIRS, SENIORS AND THE STATUS OF  
WOMEN

*Chairman:* Stan Wilbec

*Vice-Chairman:* Rey Pagtakhan

Members

Chris Axworthy  
Jean-Luc Joncas

(Quorum 3)

Eugene Morawski

*Clerk of the Sub-Committee*

William Bartlett  
Thomas Curren  
Research Branch  
Library of Parliament

Published under authority of the Speaker of the  
House of Commons by the Queen's Printer for Canada.

Available from Canada Communication Group — Publishing,  
Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9



Chair: Barbara Greene

Présidence: Barbara Greene

*Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on*

*Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women*

# Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième âge et de la Condition féminine

RESPECTING:

CONCERNANT:

Consideration of the Third Report of the Sub-Committee on Health Issues

de santé

INCLUDING:

Y COMPRIS:

Sixth report to the House: HIV infected blood and other related matters

Sixième rapport à la Chambre: Le sang contaminé par le VIH et d'autres questions connexes

1991-92-93

Third Session of the Thirty-Fourth Parliament,

1991-1992-1993

Troisième session de la trente-quatrième législature,



# **Tragédie et enjeu :**

## **La transfusion sanguine au Canada et le VIH**

**RAPPORT DU COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE  
SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES, DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA  
CONDITION FÉMININE**

**BARBARA GREENE, DÉPUTÉE  
PRÉSIDENTE**

**STANLEY WILBEE, DÉPUTÉ  
PRÉSIDENT**

**SOUS-COMITÉ SUR LES QUESTIONS DE SANTÉ**

**Mai 1993**





Mai 1993

SOUS-COMITÉ SUR LES QUESTIONS DE SANTÉ

PRÉSIDENCE

STANLEY WILBEE, DÉPUTÉ

PRÉSIDENCE

BARBARA GREENE, DÉPUTÉE

CONDITION FÉMININE

SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES, DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA

RAPPORT DU COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE

La transfusion sanguine au Canada et le VIH

Tragédie et enjeu :

Chambre des communes  
Ottawa



HOUSE OF COMMONS

Issue No. 20

TUESDAY, MAY 25, 1993

Chair: Barbara Greene

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 20

LE MARDI 25 MAI 1993

Présidence: Barbara Greene

*Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on*

*Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la*

## **Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women**

## **Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième âge et de la Condition féminine**

### **RESPECTING:**

Main Estimates 1993-94: Vote 1 under NATIONAL  
HEALTH AND WELFARE

### **CONCERNANT:**

Budget des dépenses principal 1993-1994: crédit 1 sous la  
rubrique SANTÉ NATIONALE ET BIEN-ÊTRE SOCIAL

### **APPEARING:**

The Honourable Benoît Bouchard,  
Minister of National Health and Welfare.

### **COMPARAÎT:**

L'honorable Benoît Bouchard,  
Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social.

### **WITNESSES:**

(See back cover)

### **TÉMOINS:**

(Voir à l'endos)

Third Session of the Thirty-fourth Parliament,  
1991-92-93

Troisième session de la trente-quatrième législature,  
1991-1992-1993



STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND  
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS AND  
THE STATUS OF WOMEN

**Chair:** Barbara Greene

**Vice-Chairmen:** Jean-Luc Joncas  
Rey Pagtakhan

Members

Edna Anderson  
Jim Karpoff  
Barbara Sparrow  
David Walker  
Stan Wilbee—(8)

(Quorum 5)

Eugene Morawski

*Clerk of the Committee*

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET  
DU BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES  
SOCIALES, DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA  
CONDITION FÉMININE

**Présidence:** Barbara Greene

**Vice-présidents:** Jean-Luc Joncas  
Rey Pagtakhan

Membres

Edna Anderson  
Jim Karpoff  
Barbara Sparrow  
David Walker  
Stan Wilbee—(8)

(Quorum 5)

*Le greffier du Comité*

Eugene Morawski

## ORDER OF REFERENCE

*Extract from the Votes and Proceedings of the House of Commons dated Thursday, February 25, 1993:*

Pursuant to Standing Order 81(6), on motion of Mr. Loiselle, seconded by Mr. Wilson, it was ordered,—That the Main Estimates for the fiscal year ending March 31, 1994, laid upon the table earlier this day, be referred to the Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women, National Health and Welfare, Votes 1, 5, 10, 15, 20, 25, 40 and 45; Western Economic Diversification, Votes 10 and 15.

ATTEST

## ORDRE DE RENVOI

*Extrait des Procès-verbaux de la Chambre des communes du jeudi 25 février 1993:*

Conformément à l'article 81(6) du Règlement, sur motion de M. Loiselle, appuyé par M. Wilson, il est ordonné,—Que le Budget des dépenses principal pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 1994, déposé sur le Bureau plus tôt aujourd'hui, soit renvoyé au Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine, Santé nationale et Bien-être social, crédits 1, 5, 10, 15, 20, 25, 40 et 45; Diversification de l'économie de l'Ouest canadien, crédits 10 et 15.

ATTESTÉ

*Le Greffier de la Chambre des communes*

ROBERT MARLEAU

*Clerk of the House of Commons*

## MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, MAY 25, 1993  
(26)

[Text]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met at 3:34 o'clock p.m. this day, in Room 701, La Promenade, the Chair, Barbara Greene, presiding.

*Members of the Committee present:* Barbara Greene, Rey Pagtakhan, David Walker and Stan Wilbee.

*Acting Members present:* Harry Chadwick for Barbara Sparrow, Michel Champagne for Edna Anderson and André Harvey for Jean-Luc Joncas.

*Other Member present:* Vincent Della Noce.

*In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament:* Odette Madore, Research Officer.

*Appearing:* The Honourable Benoît Bouchard, Minister of National Health and Welfare.

*Witnesses: From Health and Welfare Canada:* Scott Serson, Associate Deputy Minister; Jean-Jacques Noreau, Deputy Minister; Orval Marquardt, Director General, Departmental Planning and Financial Administration, Corporate Services Branch; Dr. Henry Friesen, President, Medical Research Council of Canada; Kent Foster, Assistant Deputy Minister, Health Protection Branch; Dr. Don Ogston, Director General, Social Development Directorate, Health and Social Programs Branch.

The Order of Reference, dated Thursday, February 25, 1993, relating to the Main Estimates for the fiscal year ending March 31, 1994, being read as follows:

*Ordered,*—That, Votes 1, 5, 10, 15, 20, 25, 40 and 45 under National Health and Welfare and Votes 10 and 15 under Western Economic Diversification be referred to the Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women.

The Committee proceeded to its Order of Reference dated, Thursday, February 25, 1993, relating to the Main Estimates, 1993-94.

The Chair called Voted 1 under National Health and Welfare.

The Minister made an opening statement and, with the witnesses, answered questions.

At 5:05 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Eugene Morawski

*Clerk of the Committee*

## PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 25 MAI 1993  
(26)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit à 15 h 34, dans la salle 701 de l'immeuble La Promenade, sous la présidence de Barbara Greene (*présidente*).

*Membres du Comité présents:* Barbara Greene, Rey Pagtakhan, David Walker et Stan Wilbee.

*Membres suppléants présents:* Harry Chadwick remplace Barbara Sparrow; Michel Champagne remplace Edna Anderson; André Harvey remplace Jean-Luc Joncas.

*Autre député présent:* Vincent Della Noce.

*Aussi présente: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement:* Odette Madore, attachée de recherche.

*Comparaît:* L'hon. Benoît Bouchard, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social.

*Témoins: De Santé et Bien-être social Canada:* Scott Serson, sous-ministre délégué; Jean-Jacques Noreau, sous-ministre; Orval Marquardt, directeur général, Planification ministérielle et administration financière, Gestion ministérielle; D<sup>r</sup> Henry Friesen, président, Conseil de recherches médicales du Canada; Kent Foster, sous-ministre adjoint, Protection de la santé; D<sup>r</sup> Don Ogston, directeur général, Développement social, Santé et programmes sociaux.

Lecture est donnée de l'ordre de renvoi du jeudi 25 février 1993, portant sur l'étude du Budget des dépenses pour l'exercice prenant fin le 31 mars 1994:

*Il est ordonné,*—Que les crédits 1, 5, 10, 15, 20, 25, 40 et 45 sous la rubrique Santé nationale et Bien-être social, soient renvoyés au Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine.

Conformément à son ordre de renvoi du jeudi 25 février 1993, le Comité étudie le Budget des dépenses principal pour 1993-1994.

La présidente appelle: crédit 1, Santé nationale et Bien-être social.

Le ministre fait une déclaration, puis lui-même et les témoins répondent aux questions.

À 17 h 05, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidente.

*Le greffier du Comité*

Eugene Morawski



[Texte]

## EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

Tuesday, May 25, 1993

• 1537

**The Chair:** I'd like to welcome you to our committee, Mr. Bouchard. We have one opposition member with us today, so I think you won't be getting attacked over a very long time. Oh, there's another one. They're out in force.

**Mr. Walker (Winnipeg North Centre):** I want to give you a chance to get organized.

**The Chair:** We have our special rules all settled. We had a procedural bylaw passed. Today you get a full 10 minutes as the official opposition first. Then the NDP members, if they ever show up, get 10 minutes, then 10 minutes for the government side, and then 5-minute rounds.

The minister has to make a statement first.

**Hon. Benoît Bouchard (Minister of National Health and Welfare):** Madam Chairperson, because obviously it's my last appearance as the Minister of National Health and Welfare before the committee I have decided that it will be interesting to summarize what we have so well done over the last couple of years as a department. I'm sure that my friends will hear me with a lot of patience. They will have an opportunity afterwards to ask questions.

Madame la présidente, il me fait plaisir de me retrouver ici, aujourd'hui, pour discuter avec vous et vos collègues du Budget principal des dépenses de Santé et Bien-être social Canada pour 1993-1994 et des plans du Ministère pour l'avenir.

Je voudrais préciser que, près de moi, vous avez, pour ceux qui ne le connaissent pas, M. Jean-Jacques Noreau, le sous-ministre de Santé nationale et Bien-être social; M. Orvel Marquardt, le directeur général de la planification ministérielle et de l'administration financière; et normalement... où est-il? *He is a very discrete person*; M. Scott Serson, le sous-ministre délégué.

J'aimerais, madame la présidente, prendre un moment pour vous faire part de nos réflexions sur ce que nous avons dû faire au cours des deux dernières années, ainsi que sur les progrès accomplis pour trouver des solutions à certains problèmes de santé et de bien-être qui touchent les Canadiens et les Canadiennes.

Nous avons toujours eu à coeur l'amélioration de la santé et du bien-être social de la population. Nos politiques, nos programmes, nos initiatives ont porté sur quatre secteurs principaux: un système de santé souple, transférable et accessible; un processus de réglementation qui donne l'assurance d'avoir accès à des produits pharmaceutiques et des instruments médicaux efficaces, de la nourriture saine, simple et traitée; un réseau d'aide sociale qui protège les moins avantagés, les personnes handicapées, les aînés, les victimes du sida et celles de la violence familiale; un plan d'action national pour les enfants, intitulé *Grandir ensemble*.

[Traduction]

## TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

Le mardi 25 mai 1993

**La présidence:** Je vous souhaite la bienvenue à cette séance de notre comité, monsieur Bouchard. Un seul député de l'opposition est présent cet après-midi, de sorte que vous ne devriez pas avoir à subir des attaques prolongées. Ah, un autre vient d'arriver. Ils sont ici en force.

**M. Walker (Winnipeg-Nord-Centre):** Je voulais vous donner la chance de vous organiser.

**La présidence:** Nos règles spéciales ont été fixées. Nos règlements et procédures ont été adoptés. Aujourd'hui, à titre de représentant de l'Opposition officielle, vous serez le premier à poser des questions et vous aurez 10 minutes. Puis, si des députés du NPD arrivent, ils auront 10 minutes pour poser des questions et, ensuite, les députés du gouvernement auront aussi 10 minutes. Il y aura ensuite des rondes de questions de cinq minutes par personne.

Le ministre va d'abord présenter un exposé.

**L'honorable Benoît Bouchard (ministre de la Santé nationale et du Bien-être social):** Madame la présidente, étant donné que je comparais devant ce comité à titre de ministre de la Santé nationale et du Bien-être social pour la dernière fois, j'ai pensé qu'il serait intéressant de résumer ce que mon ministère a accompli au cours des deux ou trois dernières années. Je suis certain que mes amis m'écouteront avec beaucoup de patience. Ils auront l'occasion ensuite de me poser des questions.

Madam Chair, I am most pleased to be here, and I appreciate the opportunity to discuss with you and your colleagues the 1993-94 Main Estimates for Health and Welfare Canada and my department's plan for the coming year.

For those of you who don't know them, I would like to introduce Mr. Jean-Jacques Noreau, Deputy Minister of National Health and Welfare, Mr. Orvel Marquardt, Director General, Departmental Planning and Financial Administration, and someone who should normally be sitting by me... where is he? *C'est un homme très discret*; Mr. Scott Serson, Associate Deputy Minister.

Madam Chair, I would like to take a moment to reflect on what my Department had to do over the last two years as well as on the progress we have made in resolving some of the health and welfare issues affecting Canadians.

We have always been committed to improving the health and social well-being of Canadians. Through our policies, programs and initiatives over the past few years, we have focused on four main areas: a health care system that is flexible, transferable and accessible; a regulatory process that assures Canadians access to safe and effective pharmaceuticals, medical devices and food, whether processed or not; a social network that protects Canada's less-advantaged citizens, people with disabilities, seniors, AIDS patients, victims of family violence, and a national action plan for children called *Brighter Futures*.

[Text]

• 1540

Je crois que nous avons réussi, madame la présidente, dans le cadre des obligations fiscales que nous avons, à relever le défi qui consistait à réconcilier les responsabilités d'une saine administration des ressources et le mandat qui nous est confié de répondre aux besoins des Canadiens et Canadiennes.

Madam Chair, I would like to begin by reviewing the first of the four areas I outlined at the start—the health care system.

I think it's well known that I firmly believe that we should create pride in and work to preserve a health care system that is one of the finest in the world. From that perspective, two weeks ago we launched Healthy Canada in the department. It's a call for action, inviting Canadians to become actively involved in health, their health, their families', communities' and their nation's health. I think that each of us here recognize that we must all be responsible for our own health.

The Canada Food Guide is a major building block in our Healthy Canada campaign to encourage people to take responsibility for their own health. After years of careful research with many groups across Canada, we have published and distributed the guide because we want to reach millions of Canadians, especially groups such as parents and teachers, to improve significantly the health of our nation.

As more Canadians recognize the need to take charge of the personal health aspects of their lives, the more our whole health care system will be on a solid foundation. The demands on hospitals and health professionals will be caused only by those illnesses and ailments that are not preventable, and the costs to us all will be under control.

We are also working closely with the Medical Research Council—Dr. Friesen is here in the room—which shares my department's concern for health research. Tough decisions should be based on solid, accurate information, and MRC, through its recently launched strategic plan, will be promoting health research geared to generating this information.

MRC, Madam Chair, is broadening its vision to encompass the full range of health research and developing partnerships and alliances with other sectors that will increase knowledge through research. This will improve Canada's competitive position worldwide through the development of new marketable products and biomedical technologies.

It's well known that we are all partners in a national strategy to cut down the use of tobacco. The recent Tobacco Sales to Young Persons Act raised the legal age for purchasing tobacco to 18, raised substantially the penalties for sale of tobacco to minors, and restricted the location of cigarette vending machines. We have also made regulatory changes to the Tobacco Products Control Act that will make health messages on tobacco packaging stronger and more visible.

[Translation]

I believe that we have met the fiscal challenge of reconciling responsibility for sound management of government resources with a mandate to meet the health needs of Canadians.

Madame la présidente, je voudrais commencer l'examen du premier de ces quatre secteurs que je viens de mentionner—le système de santé.

Tout le monde sait que je crois fermement que nous devons tous être fiers d'un système de soins de santé qui se classe parmi les meilleurs du monde et travailler à le préserver. Ayant cet objectif en tête, nous avons lancé il y a à peine deux semaines un programme intitulé Canada en santé. Ce programme se veut un appel à l'action, invitant tous les Canadiens et Canadiennes à participer pleinement aux questions de santé—leur propre santé, ainsi que celle de leur famille, de leur collectivité et de leur nation. Je crois que tous ceux et celles qui se trouvent ici reconnaissent que, comme individus, nous devons tous être responsables de notre santé.

Le Guide alimentaire canadien est un élément important de notre campagne Canada en santé pour encourager les gens à assumer une plus grande responsabilité face à leur santé. Après des années de recherche et de développement, avec des partenaires nationaux, le guide a été publié et distribué de façon à rejoindre des millions de Canadiens, spécialement des groupes de parents et d'enseignants, pour améliorer de façon sensible la santé de la nation.

Une fois que les Canadiens et Canadiennes auront reconnu le besoin, auront pris les décisions appropriées et pris charge de ces aspects de leur vie, nous vivrons véritablement dans une atmosphère propice à la santé, et tout notre système de soins de santé reposera sur une base solide. Les demandes sur les soins hospitaliers et les services des professionnels de la santé ne seront provoquées que par les maladies et affections qu'il nous est impossible de prévenir, et les coûts que nous devons tous assumer seront sous contrôle.

Nous travaillons aussi étroitement avec le Conseil de recherches médicales—le Dr Friesen est ici présent—qui partage l'intérêt de mon ministère pour les questions de recherche en santé. Des décisions difficiles doivent être basées sur des renseignements solides et précis, et le CRM, dans le cadre du plan stratégique qu'il vient de lancer, assurera la promotion de la recherche en santé destinée à fournir ces renseignements.

Madame la présidente, le CRM élargit sa vision pour englober toute la gamme de la recherche en santé et former des partenariats et des alliances avec d'autres secteurs qui nous permettront d'acquérir plus de connaissances par le biais de la recherche. Cela nous aidera à améliorer la position concurrentielle du Canada dans le monde grâce au développement de produits commercialisables et de technologies biomédicales.

Nous sommes tous partenaires d'une stratégie nationale visant à réduire le tabagisme. La récente Loi sur la vente des produits du tabac aux jeunes personnes a porté à 18 ans l'âge légal pour acheter du tabac, augmenté substantiellement les amendes à l'égard de ceux qui vendent du tabac à des mineurs et diminué le nombre d'emplacements de distributrices de cigarettes. Nous avons aussi apporté des modifications à la Loi réglementant les produits du tabac pour donner plus de force et de visibilité aux mises en garde imprimées sur les emballages de produits du tabac.



[Texte]

*La Stratégie canadienne antidrogue* en est à sa phase II, un nouveau programme quinquennal pour lutter contre l'abus d'alcool et des autres drogues, principalement chez les jeunes. Notre stratégie repose surtout sur la prévention et les nouveaux groupes cibles incluent ceux qui sont difficiles à rejoindre, comme les enfants vulnérables et ceux dans la rue.

Nous avons l'intention de présenter une nouvelle stratégie pharmaceutique nationale en collaboration avec les acheteurs, les organismes fédéraux et provinciaux, les consommateurs, les fournisseurs, l'industrie de produits pharmaceutiques et le milieu de la recherche.

● 1545

Notre but est d'adopter une stratégie efficace qui donne les meilleurs avantages à un coût raisonnable.

Nous avons fait aussi, évidemment madame la présidente, une étude approfondie du processus d'évaluation du Ministère. Je pense que c'est bien connu; cette étude, le rapport Gagnon entre autres, commence à examiner la façon dont nous agissons dans le domaine de l'évaluation des médicaments.

Également, M. Ambrose Hearn et un comité de spécialistes a revu le programme des instruments médicaux, et identifié les activités nécessaires pour améliorer le processus d'évaluation.

Nous avons aussi entrepris un examen approfondi de la réglementation. La première étape de cette étude, de concert avec les initiatives Hearn et Gagnon, nous a aidé à élaborer des stratégies de mise en application. Ces stratégies nous permettront de trouver de nouvelles façons de réglementer la santé dans le meilleur intérêt des Canadiens et des Canadiennes pour le XXI<sup>e</sup> siècle.

Le troisième volet de nos efforts a porté sur le système social. Les préoccupations manifestées par mon Ministère à l'endroit des gens désavantagés et vulnérables sont reflétées dans une variété d'initiatives. *La Prestation fiscale pour enfants*, par exemple, qui consolide les prestations existantes, incluant le nouveau supplément pour les familles à bas revenu; cette Prestation fiscale pour enfants offre 400 millions de dollars de plus par année aux familles défavorisées.

Je passe rapidement, madame la présidente. Également, nous avons renouvelé, dans le cadre du Budget supplémentaire des dépenses, la stratégie sur le sida et la stratégie sur les aînés.

Le remaniement des *Programmes de la sécurité du revenu* pour mettre en place un nouveau réseau rationalisé de prestation de services à nos clients a atteint une nouvelle étape. Également, il y a l'intégration des systèmes de distribution pour près de trois millions de Canadiens et de Canadiennes qui reçoivent les prestations de la *Sécurité de la vieillesse* et le *Régime de pensions du Canada*.

I would like also, Madam Chair, to mention another most important program dealing with a societal problem which has compelled our attention: family violence. Over the last two years the department has greatly increased its activities and role in combating family violence. We will promote employee assistance programs that help prevent abuse and are able to put people back to work.

The department is also mobilizing into action everyone, educators, researchers, health and social work professionals, women's groups, religious leaders, volunteers, businessmen and women, leaders in Inuit, Indian and Métis communities,

[Traduction]

*Canada's Drug Strategy*, a \$210 million program, has entered Phase II, a new five-year program to combat the abuse of alcohol and other drugs, especially among the young. The heart of our strategy is prevention, and new target groups include those hard to reach, such as children at risk and youngsters living on the street.

We plan to introduce a new National Pharmaceutical Strategy, in conjunction with the purchasers—federal and provincial agencies, the consumers, the suppliers—and the pharmaceutical industry and the research community.

Our goal is to design and implement an effective strategy which provides optimum benefits at reasonable cost.

Also, Madam Chair, we have undertaken a thorough review of the department's regulatory process. I think that is already known; using this study, especially the Gagnon report, we have begun addressing how we do business in the area of drug review and evaluation.

In addition, Mr. Ambrose Hearn and a committee of experts have undertaken a review of the Medical Devices Program and identified the activities necessary to improve the evaluation process.

We have also started a major regulatory review. The first phase of this review, together with the Hearn and Gagnon initiatives, have helped us to develop implementation strategies which in turn will allow us to find new ways of regulating health in the best interest of Canadians as we move into the 21st century.

The third focus of our efforts has been the social system. My department's concern for Canadians who are disadvantaged or at risk is reflected in a variety of social welfare initiatives. *The Child Tax Benefit*, which consolidates existing benefits into a program which is fairer and simpler, incorporates a new supplement for low-income families. It provides an additional \$400 million a year for a disadvantaged family.

I will go quickly through the rest of my brief, Madam Chair. In addition, we have renewed in the 1993-94 Supplementary Estimates the AIDS strategy and the Seniors initiative.

The redesign of *Income Security Programs*, to establish a new, streamlined delivery network for our clients, has reached a new phase. We are also going ahead with a proposal to integrate and automate delivery systems for almost three-million Canadians who receive benefits from *Old Age Security* and the *Canada Pension Plan*.

Madame la présidente, j'aimerais mentionner un de nos programmes les plus importants, traitant d'un problème qui retient notre attention : celui de la violence familiale. Depuis deux ans, le ministère a grandement accru ses activités et son rôle dans la lutte contre la violence au sein de la famille. Nous allons appuyer les programmes d'aide aux employés qui prônent la prévention de l'abus et contribuent au retour des gens au travail.

En outre, le ministère mobilise chacun : éducateurs, chercheurs, professionnels de la santé et du travail social, groupes de femmes, dirigeants religieux, bénévoles, hommes et femmes d'affaires, chefs des groupes indiens, inuits et métis,



*[Text]*

representatives of disabled persons, officials from all levels of government and the criminal justice system. We have allocated \$136 million over five years to seven departments and agencies to work in partnerships and to eradicate a scourge which, in the past, has largely been ignored. Prominent among the victims once again are children.

We have sponsored hundreds of projects to ensure that Canadians recognize, understand, and act to prevent family violence. We have many examples, as I said.

Finally, I would like to highlight the department's ongoing efforts to improve the lives of Canadian children. Madam Chair, you will remember that last year we launched the Brighter Future Program, a response to the fact that many Canadian children live in a state of poverty, unhealthy living conditions, neglect or abuse. This program is built on four components: the ratification of the United Nations Convention on the Rights of the Child, the child tax benefit, action plan for children, and the child development initiative.

Thus far we have ratified the UN convention. The child tax benefit is in effect since January. The action plan and child development initiatives are currently under way. That child development initiative has pledged \$500 million over five years for a series of long-term programs aimed at reducing risks during the earliest years.

The four elements, well known, are prevention of illness and injury, protection from abuse, promotion of care and nurturing, and community action, which is support for local programs that respond to the health and social needs of children. Last month we signed a memorandum of understanding with the Province of Nova Scotia, followed last week by a similar protocol with the Province of Quebec, and I expect that the other provinces and territories will soon follow in the weeks to come.

• 1550

Although I have referred to my department's success in meeting the four challenges of Healthy Canada, regulatory review, protecting the disadvantaged, and Brighter Future, obviously we know that much work remains to be done.

While focusing on health-related programs, the department has also been reviewing the existing social policy framework, and looking at new directions in social policy that emphasize prevention, integration of policies and services, and assisting people to achieve greater self-reliance; health policies that emphasize prevention, promotion and early intervention; new directions in fitness and sport; women's health issues; environmental health issues; seniors' programs; prevention and treatment of AIDS; and prevention of substance abuse.

*[Translation]*

représentants des personnes handicapées et autorités à tous les paliers de gouvernement et du système judiciaire. Nous avons prévu une somme de 136 millions de dollars répartie sur cinq ans pour que sept ministères et organismes travaillent en collaboration à l'élimination d'un fléau trop souvent ignoré dans le passé. Les enfants en sont les premières victimes.

Nous avons parrainé des centaines de projets pour faire en sorte que les Canadiens et les Canadiennes reconnaissent, comprennent et agissent pour prévenir la violence familiale. Comme je l'ai dit, nous en avons de nombreux exemples.

Enfin, madame la présidente, je voudrais souligner les efforts permanents entrepris par mon ministère pour améliorer la vie des enfants canadiens. L'an dernier, vous vous rappelez sans doute que nous avons lancé Grandir ensemble, notre réponse au fait que de nombreux enfants canadiens vivent dans la pauvreté, dans des conditions de vie malsaines ou sont victimes de négligence ou de mauvais traitements. Ce programme repose sur quatre éléments: la ratification de la Convention relative aux droits de l'enfant des Nations Unies, la mise en oeuvre de la prestation fiscale pour enfants, un plan d'action pour les enfants et l'initiative pour le développement de l'enfant.

À ce jour, nous avons ratifié la convention de l'ONU. La prestation fiscale pour enfants est en vigueur depuis le mois de janvier. Le plan d'action et l'initiative pour le développement de l'enfant sont en marche. L'initiative pour le développement de l'enfant a engagé une somme de 500 millions de dollars sur cinq ans pour une série de programmes à long terme visant à réduire les risques durant les premières années.

Les quatre éléments sont la prévention de la maladie et des blessures, la protection contre les mauvais traitements, la promotion des soins et de l'éducation, et l'action communautaire, c'est-à-dire l'aide à des programmes locaux qui répondent aux besoins de santé et de bien-être social des enfants. Le mois dernier, nous avons signé un protocole d'entente avec la province de Nouvelle-Écosse, suivi d'un accord semblable avec le Québec la semaine dernière. Je m'attends à ce que les autres provinces et les territoires suivent leur exemple dans les semaines à venir.

J'ai fait allusion au succès remporté par mon ministère pour relever les quatre défis de Canada en santé, de l'examen de la réglementation de la protection des personnes désavantagées et de Grandir ensemble, mais il reste encore beaucoup à faire.

Tout en insistant surtout sur les programmes de santé, mon ministère s'est aussi penché sur la structure existante de politique sociale et a réfléchi à de nouvelles orientations insistant sur la prévention, l'intégration des politiques et des services, et l'aide aux personnes pour en arriver à un degré plus élevé d'autonomie; à des politiques de santé qui misent sur la prévention, la promotion et l'intervention précoce; à de nouvelles orientations en matière de condition physique et de sport; aux questions de santé des femmes; aux questions d'hygiène du milieu, aux programmes pour les aînés; à la prévention et au traitement du sida et à la prévention de l'abus des substances.

*[Texte]*

Within the broader context of social policy reform we must continue to improve the existing health policy. In partnership with the provinces and non-government organizations we need to pursue changes in such areas as financing, management of physician resources, and quality of health care. Together we must seek to balance quality health care with our available resources.

We have undertaken the initial groundwork and the concerns that have been raised provide the basic framework for a major review of Canada's social policy. It is this initiative that I will pass on to my successor along with the other programs we have brought forward.

Madame la présidente, en conclusion, je crois que tous ceux qui ont contribué aux efforts de Santé et Bien-être social Canada peuvent être fiers. Je pense que le travail a été bien fait et je suis convaincu que d'autres réalisations importantes sont encore à venir.

Il nous fera maintenant plaisir de répondre aux questions.

*Thank you very much, merci beaucoup.*

**The Chair:** Thank you, Mr. Minister.

**Mr. Walker:** First of all let me congratulate you on a personal level on your term as minister. I know you brought to it a personal commitment that was appreciated by all the members of the House and that you were willing to step up in many important battles.

However, having said that, you're not perfect, and I'll continue with some questions.

**Some hon. members:** Oh, oh!

**Mr. Walker:** In your outline I didn't see too much mention of the reality that we have to deal with the Canada Assistance Plan within the next couple of years. Is your department undertaking any research right now on what directions it would actually see in some more concrete ways? There was much discussion in the press, and I think you actually made some comments that you wanted a white paper out, starting sometime last January, and it hasn't yet appeared. Where is the white paper, and what sort of preparations is the department making for any changes in the Canada Assistance Plan?

**Mr. Bouchard:** I think, as a department and as a government as well, we should expect that we have to make a review of social policies by and large. I believe that the changes we have faced since 1984 to some extent—maybe a little before or a little after—in terms of the new economic realities, make it so that the social policies, and particularly the Canada Assistance Plan, in light of the changes made by the provinces themselves in their own social policies. . . I give you the example of what I know in the province of Quebec, which has tightened up very strongly on all the questions of abuse and so on, working in different ways than it did before. The Canada Assistance Plan, like other policies. . . the social policies as a whole will have to be reconsidered.

*[Traduction]*

Notre réforme de la politique de santé se poursuit. En partenariat avec les provinces et les organismes non gouvernementaux, nous continuons les changements dans les secteurs du financement, de la gestion des ressources en main-d'oeuvre médicale et de la qualité des soins de santé. Ensemble, nous cherchons à atteindre un équilibre entre la qualité des soins de santé et les ressources mises à notre disposition.

Le travail préparatoire que nous avons entrepris et les préoccupations qui ont été soulevées constituent la base même d'une étude en profondeur de la politique sociale du Canada. C'est cette initiative que je léguerais à mon successeur, en même temps que les autres programmes que nous avons déjà mis en place.

Finally, Madam Chairman, I believe everyone who has contributed to the efforts of Health and Welfare Canada can enjoy a sense of achievement—a job well done—and be confident that even greater achievements lie ahead.

We shall now be glad to answer your questions.

*Merci beaucoup, thank you very much.*

**La présidence:** Merci, monsieur le ministre.

**M. Walker:** Pour commencer, permettez-moi de vous féliciter de la tâche que vous avez accomplie. Je sais que vous y avez mis beaucoup de vous-même, et tous les députés vous sont reconnaissants de vous être engagé personnellement sur de nombreux fronts importants.

Cela dit, malgré tout, vous n'êtes pas parfait, et j'ai quand même quelques questions à vous poser.

**Des voix:** Oh, ho!

**M. Walker:** Dans votre exposé vous avez très peu parlé d'une question importante qu'il va nous falloir régler rapidement au cours des prochaines années, celle du Régime d'assistance publique du Canada. Votre ministère est-il à la recherche de nouvelles orientations et réfléchit-il à des solutions un peu plus concrètes? Il y a eu beaucoup de discussions à ce sujet dans la presse, et je crois que vous-même avez dit que vous vouliez qu'un livre blanc soit publié. Les travaux devaient commencer en janvier, et il n'y a toujours rien de fait. Où en est ce livre blanc et à quelle sorte de préparatifs se livre le ministère pour apporter ces changements nécessaires au Régime d'assistance publique?

**M. Bouchard:** Le ministère et le gouvernement ont la responsabilité d'examiner périodiquement les politiques sociales. Je crois que l'évolution à laquelle nous faisons face depuis 1984 dans une certaine mesure—peut-être un peu avant ou un peu après—en matière de réalité économique nouvelle est telle que les politiques sociales, et tout particulièrement le Régime d'assistance publique, à la lumière des changements apportés par les provinces à leurs propres politiques sociales. . . Je vous citerai l'exemple que je connais le mieux, celui du Québec, qui a pris des mesures vigoureuses pour lutter contre toutes les formes d'abus, etc., mesures tout à fait novatrices par rapport aux précédentes. Le Régime d'assistance publique, comme toutes les autres politiques. . . il va falloir revoir l'ensemble des politiques sociales.



## [Text]

It's well known that I was working on a document, which will be released at some time, about that review of social policies. But in light of what we know, possibly a new Prime Minister within the next two or three weeks, this new Prime Minister will certainly make commitments or give some direction in terms of his or her own vision of social policies.

• 1555

From that perspective we've determined this will be the best way to do that. Of course, through other policies—and I was referring to the children's package, for example, particularly community action and so on—we touch indirectly on that problem.

Mainly, I believe what I said before in terms of the new reconsideration in light of the new economic realities we face with all the cuts and the new—

**Mr. Walker:** Let me make it clearer. The white paper is finished, but you are holding back release to see who the new Prime Minister is and what timetable he or she wishes to follow.

**Mr. Bouchard:** The question was that we had to complete the document itself first. It is not completed. It is not completed because we had to face very specifically two immediate problems, such as the one I dealt with this afternoon, which is the report by the committee. I didn't consider that it would be wise for me, particularly leaving in a few weeks, to present a document that would have to be discussed by Canadians in terms of the future of social policies in Canada.

In that perspective—and I think it is the reality we will face in two, three or four weeks, having a new Prime Minister—he will sponsor, I suppose, the direction and the kind of orientation we could take in terms of social policies. That was what I had in mind when I decided to... I wouldn't say hold the document, because it is not complete yet, but when it is completed, then it will be available.

**Mr. Walker:** There are a couple of sensitive issues about which Canadians, because of the changes in the economy and some of the policies of the government for the last decade, are feeling very insecure. One of the things they are feeling insecure about is whether or not governments appreciate just how poor they're feeling.

There has been a lot of public discussion about the so-called definition of poverty and a desire by some people to redefine poverty, saying that the levels are too generous. Is it your experience as health minister that basically people are being defined as being poor too generously?

**Mr. Bouchard:** I am going to be honest with you. I know it has been the fact regarding people at the committee level. Personally, what I was trying to do, and it may be the role of the minister having to act directly on the problem itself, is work essentially on the causes of the problem—what can we do to curb the problem of poverty, particularly for children, but poverty as a whole? Secondly, what are the main targets? What are the policies that we can apply, and so on? I have worked on this more than on the question of the level of poverty itself.

Here again, it is within the study of the committee. I imagine that a report will be provided and then we'll see if there is any interest, probably not myself at the moment the report will be released, but somebody else, another minister, will have to determine if he wants to take some particular interest in that question.

## [Translation]

Tout le monde sait que je travaillais à un document, qui sera publié en temps opportun, concernant l'examen des politiques sociales. Cependant, étant donné que d'ici deux ou trois semaines nous aurons un nouveau premier ministre, il est certain que celui-ci ou celle-ci prendra des engagements ou proposera certaines orientations correspondant à sa vision des politiques sociales.

Nous avons établi que, de ce point de vue, c'était la meilleure façon de procéder. Évidemment, grâce à d'autres politiques—je songe notamment à l'ensemble des dispositions qui visent les enfants, et plus particulièrement aux programmes d'action communautaire, etc.—nous influons indirectement sur ce problème.

Essentiellement, je suis convaincu que ce que j'ai dit auparavant, à savoir qu'il faut revoir la question à la lumière des nouvelles réalités économiques auxquelles nous sommes confrontés, de ces coupures, de ces nouvelles...

**M. Walker:** Voyons si j'ai bien compris. Le Livre blanc est terminé, mais vous attendez de savoir qui sera le nouveau premier ministre et quel sera son échéancier avant de publier le document.

**M. Bouchard:** Il fallait d'abord terminer le document. Ce n'est pas fait. Ce n'est pas fait parce que nous avons dû faire face à deux problèmes précis dans l'immédiat, dont l'un sera abordé ici cet après-midi, soit le rapport du comité. Par ailleurs, j'ai pensé qu'il ne serait pas très sage de ma part, surtout que je pars dans quelques semaines, de présenter un document sur l'avenir des politiques sociales au Canada que les Canadiens devront discuter.

Compte tenu de tout cela—je pense que dans deux, trois ou quatre semaines, nous aurons un nouveau premier ministre—il ou elle donnera, je suppose, une nouvelle orientation à nos politiques sociales. J'avais tout cela en tête lorsque j'ai décidé... je ne dirais pas de retenir le document, puisqu'il n'est pas terminé, mais lorsqu'il sera terminé, il sera disponible.

**M. Walker:** Par suite des changements économiques et de certaines politiques gouvernementales adoptées depuis une décennie, les Canadiens s'inquiètent en ce qui concerne plusieurs questions délicates; ils se demandent notamment si les gouvernements comprennent à quel point les Canadiens se sentent pauvres.

On a beaucoup parlé publiquement de la définition de la pauvreté, parce qu'on prétend que la définition actuelle est trop généreuse. D'après votre expérience comme ministre de la Santé, cette définition de la pauvreté est-elle trop généreuse?

**M. Bouchard:** Je vais être franc. Je sais que c'est ce que pense le comité. Personnellement, j'ai essayé—et c'est peut-être le rôle d'un ministre d'intervenir directement—d'influer sur les causes du problème... je me suis demandé: que pouvons-nous faire pour enrayer la pauvreté, surtout celle des enfants, et la pauvreté en général? Deuxièmement, je me suis demandé: quels sont les principaux objectifs? À quelles politiques pouvons-nous avoir recours, etc.? C'est beaucoup plus sur cet aspect que j'ai travaillé que sur celui du niveau de la pauvreté.

Ce sujet tombe dans le cadre des travaux de ce comité. Je présume qu'il y aura un rapport, et nous verrons si celui-ci suscite de l'intérêt, non pas le mien, mais probablement celui de quelqu'un d'autre, d'un autre ministre, qui devra décider de s'intéresser à la question.



[Texte]

**Mr. Walker:** In dealing with the problem of poverty—you have had enough discussions with people in the policy area to know this—it is not just the cash issue. There are other issues involved with it. One of those issues is housing. That's not your responsibility, but just for the record, the fact that the government is withdrawing from social housing is going to have a real impact on the way families live. Inadequate housing, in every piece of academic research I have ever seen, is a major cause of poverty.

The second issue is food. In our international strategy the Government of Canada accepts that there should be a relationship between the Department of Agriculture and CIDA in the development of an aid strategy to deal with the food crisis around the world, but there has been a reluctance on the part of the government to develop a food strategy for application within Canada. We have national food guidelines and health guidelines, but I am talking about the actual provision of food.

I am not suggesting that is government's role, but I am suggesting that internationally we found a way to form a partnership with NGOs and with other governments to answer the food issue. Can you explain the reluctance of your government to form such a strategy here?

• 1600

**Mr. Bouchard:** I would not say the government is reluctant. As much as possible is being done at the international level. You know it is not normally within the UN's organization and direction and the priorities and so on. Any intervention that Canada has made through NGOs and the UN is made in the perspective of international policy.

I believe personally, and it is more personal than ministerial, that it is very difficult internally to apply the same principle because, as we know, we have an industry, which is agriculture. I know you are part of that. You are part of that part of the country in Manitoba that faces a very difficult problem today trying to determine a kind of relationship between the international problem and so on. If the government would undermine the direction taken by the industry now in light of that kind of coordination you are talking about, I believe it would ask that it be determined as a broad policy, which is not possible to be done by the Department of Health and Welfare itself. It's more at the government level, I would say, than at my own level. That's why I have not been involved in that kind of reflection so far.

**Mr. Walker:** I just want to put on the record that food banks have emerged to respond to a real crisis in our cities. Although the government has not been able to find a root cause, I think we should recognize that the absence of food in people's daily life is a real problem of which the minister should be aware.

[Traduction]

**M. Walker:** Pour s'attaquer au problème de la pauvreté—vous avez suffisamment discuté la question avec les responsables de la formulation de politiques dans ce domaine pour le savoir—il ne s'agit pas uniquement d'une question d'argent. Il y a d'autres aspects, notamment celui du logement. Cela ne relève pas de vous, mais je tiens à consigner le fait que le gouvernement se retire du logement social, ce qui aura une incidence très réelle sur le mode de vie des familles. Dans tous les rapports de recherches universitaires que j'ai vus, on dit que le problème du logement est l'une des principales causes de la pauvreté.

Il y a ensuite la question de l'alimentation. Dans notre stratégie internationale, le gouvernement canadien reconnaît qu'il doit y avoir un partenariat entre le ministère de l'Agriculture et l'ACDI dans l'élaboration d'une stratégie d'aide visant à s'attaquer à la crise alimentaire mondiale. Toutefois, le même gouvernement semble réticent à élaborer une stratégie semblable pour le Canada. Nous avons bien sûr un guide national de l'alimentation, de la santé, mais je parle de mécanismes pour nourrir les gens.

Je ne prétends pas que ce soit là le rôle du gouvernement, mais par contre je tiens à noter qu'à l'échelle internationale, nous avons trouvé le moyen de nous associer aux ONG et à d'autres gouvernements pour lutter contre le problème de la faim. Pouvez-vous nous expliquer la réticence de votre gouvernement à mettre en place une stratégie semblable ici?

**M. Bouchard:** Je ne dirais pas que le gouvernement est réticent. Nous faisons tout ce que nous pouvons à l'échelle internationale. Vous savez que cela ne cadre pas avec la façon de procéder habituelle des Nations Unies, ou avec ses priorités. Toute intervention du Canada par l'entremise des ONG et de l'ONU s'inscrit dans le contexte de la politique internationale.

Je crois personnellement, et ce n'est pas le ministre qui vous parle dans ce cas-ci, qu'il est très difficile d'appliquer le même principe sur le plan interne, parce que, comme nous le savons, nous avons une industrie, qui se trouve à être l'agriculture. Je sais que vous en faites partie. Vous faites partie des Canadiens qui, au Manitoba, font actuellement face à un problème très complexe, qui consiste à déterminer le rapport qui existe avec le problème international, etc. Si le gouvernement s'opposait à l'orientation que l'industrie a prise en mettant en oeuvre les efforts de coordination dont vous parlez, je crois qu'il lui faudrait le faire dans le cadre d'une politique assez vaste que le ministère de la Santé et du Bien-être social ne pourrait pas arrêter à lui seul. Ce serait au gouvernement, et non pas à moi, de prendre une telle décision. C'est pourquoi je n'ai pas pris part jusqu'à maintenant à la discussion sur la question.

**M. Walker:** Je tiens à préciser, pour les fins du compte rendu, que les banques alimentaires qui ont ouvert leurs portes un peu partout dans nos villes répondent à un besoin réel. Même si le gouvernement n'a pas su trouver la cause profonde de la crise actuelle, je pense que nous devrions quand même reconnaître que le manque d'aliments est un problème réel dont le ministre devrait être au courant.

[Text]

In the latest budget the National Council of Welfare was merged with the National Advisory Council on Aging. Over the years that has provided a real vehicle for research and for advocacy work on behalf of people trapped in poverty. Can you explain to the public why you thought this organization should be cut back and merged? The questions of aging are not questions of poverty, as you know.

**Mr. Bouchard:** Yes.

**Mr. Walker:** They overlap, but they are certainly not the same.

**Mr. Bouchard:** We know we have a lot of organizations. When you are looking at streamlining the operations of the government, if you have two organizations like the National Council of Welfare and the council for aging, the question is not that they are not both useful. The question is, can we do the same work? Can we provide, as you called it, good research and good action with one organization whereby we can reduce the administrative costs of that operation?

I believe it will work and it will probably do what a lot of Canadians want. I think you have heard what I have heard myself across Canada. Canadians want the government to reduce or streamline the administrative operations of the government. On the multiplication of organizations, as we know, there is overlapping in terms of the way people work and the reports they make.

From that perspective Madam Vézina was, of course, very clear that the objectives of her own council at the senior citizens level should be protected, and it is fully protected. They will have members as part of the committee, and secondly, they will have to do the work done presently by the other organization, so I am not worried about that.

**Mr. Wilbee (Delta):** Welcome, Mr. Minister. We appreciate, echoing my colleague, the work you have done in the department since you have been there. We are going to miss you. We tried to talk you into doing it again, but we understand there are other things in this world besides politics.

My colleague's comment that you are not perfect reminds me of one of my surgeon friends who had gone through all the Italian campaign in the Canadian Army and who got to be an extremely proficient surgeon. He would tear off his gloves after doing a difficult hip or something and say, "That's not good; that's perfect."

We'll make a little plaque for you, saying, "You're not good; you're perfect." We do appreciate what you have done in your time.

• 1605

I would like to go back to last year when our subcommittee produced a report on fetal alcohol syndrome. You carried out some of the requests made in that right away, developing a symposium in Vancouver and following up with scientific sessions and so on. I understand people are quite happy with what has gone on.

There was one segment of the announcement you made concerning the test labelling program in conjunction with a province. The first possibility was British Columbia. Is that going anywhere? What's happening with that?

[Translation]

Le dernier budget prévoyait la fusion du Conseil national du bien-être avec le Conseil consultatif national sur le troisième âge. Cet organisme a toujours été utile à la recherche et à la défense de la cause des gens qui vivent dans la pauvreté. Pouvez-vous nous expliquer pourquoi vous avez jugé bon de procéder à une fusion? La question du vieillissement n'a rien à voir avec la pauvreté, comme vous le savez.

**M. Bouchard:** Oui.

**M. Walker:** Il peut y avoir chevauchement, mais ce sont de toute évidence deux questions distinctes.

**M. Bouchard:** Nous avons un grand nombre d'organisations. Lorsque nous cherchons des moyens de rationaliser les opérations du gouvernement, nous ne nous demandons pas, quand nous nous trouvons en présence de deux organismes comme le Conseil national du bien-être et le Conseil sur le troisième âge, s'ils sont tous les deux utiles ou non. Mais peuvent-ils faire le même travail? Pouvons-nous, comme vous le dites, quand même faire de la recherche et une bonne action avec un seul organisme tout en réduisant les coûts administratifs?

Je crois que nous y parviendrons et que c'est probablement ce que veulent un grand nombre de Canadiens. Vous avez probablement entendu, comme moi, ce que disent les gens un peu partout au Canada. Les Canadiens veulent que le gouvernement restreigne ou rationalise ses opérations administratives. Lorsque les organismes sont nombreux à travailler dans un même domaine, le travail des employés et les rapports qu'ils présentent font double emploi.

M<sup>me</sup> Vézina a précisé bien clairement que les objectifs de son propre conseil, au niveau des citoyens du troisième âge, devaient être protégés, et ils le sont pleinement. Ils seront représentés au comité, et il leur faudra faire le travail que fait actuellement un autre organisme. Je ne suis pas inquiet.

**M. Wilbee (Delta):** Bienvenue parmi nous, monsieur le ministre. Comme vous l'a dit mon collègue, nous apprécions le travail que vous avez fait jusqu'à maintenant au ministère. Vous allez nous manquer. Nous aurions bien aimé vous faire changer d'avis, mais nous comprenons qu'il y a autre chose dans la vie que la politique.

Mon collègue a dit que vous n'étiez pas parfait, et cela m'a rappelé un ami chirurgien qui a fait toute la campagne d'Italie dans l'armée canadienne et qui est devenu extrêmement habile. Après avoir terminé une difficile opération à la hanche, par exemple, il enlevait ses gants et disait: «Ce n'est pas bien, c'est parfait.»

Nous allons vous faire graver une petite plaque sur laquelle on pourra lire: «Vous n'êtes pas bon; vous êtes parfait.» Nous apprécions ce que vous avez fait pendant votre mandat.

J'aimerais revenir à ce que vous avez fait, l'an dernier, lorsque notre sous-comité a publié un rapport sur le syndrome d'alcoolisme foetal. Vous avez donné suite sur-le-champ à certaines des recommandations qui y avaient été formulées. Et vous avez entre autres organisé un symposium à Vancouver, qui a été suivi de colloques scientifiques. Je crois savoir que les gens sont très heureux de ce qui a été fait.

Vous avez fait allusion au projet pilote d'étiquetage qui pourrait être entrepris en collaboration avec une province. La première sur la liste est la Colombie-Britannique. Où en sont les choses? Y a-t-il des faits nouveaux?



[Texte]

**Mr. Bouchard:** I will need some help.

**Mr. Scott Serson (Associate Deputy Minister, Department of National Health and Welfare):** I can simply say we have written to that province and to a couple of other provinces, expressing our willingness to engage in a pilot project on this issue. To date we haven't heard back from them, I believe, but the request or the initial proposal has gone out to them.

**Mr. Wilbee:** Is there any comment on the type of labelling or cost sharing? Are you strictly in the preliminary stages? Were there definite proposals given to them?

**Mr. Serson:** We did give them a study we had done by an outside team of experts on how this project might be constructed and the logic of it, but it was not specific as to whether this would be a research effort with a couple of groups of participants or whether this would be actual labelling of bottles of alcohol being sold through their outlets. That was left completely open to a discussion with them on how they wished to proceed.

**Mr. Wilbee:** My second question deals with your response in the House today to Dr. Pagtakhan's question about the inquiry. Are you prepared to expand on that at the present time? Do you see this as a judicial type of inquiry or is this going to be by a commissioner? I recognize you only had two or three hours to look at this thing, but do you have any concept of how this might be developed?

**Mr. Bouchard:** I think we had good angels who decided the report might be known before the committee met, so even the minister had the opportunity to know in advance.

First I want to say I read the report last night. I had time to read all the report almost from Montreal to Ottawa, so I did. It's a very interesting report. The tone is very good. It's not done like an absolute statement about the truth. If I understood the tone and the spirit of the report, it was that you consider it necessary to update the management system, and if it's necessary to know more in terms of the past, yes, good, but particularly in terms of the present and the future.

I wanted to answer quickly. You know me; I don't like to wait and wait and wait to answer a report. When I know what I will say today, why not? The department has been, as usual, very helpful in the way we have dealt with that, so we've been able to do what we did.

First, yes for the inquiry itself, a public inquiry particularly to look at the blood management system, its efficiency, its safety. Even if you say in your report it's one of the safest in the world, I believe it's not bad to consider exactly what happened.

From there, Dr. Wilbee, I would be inclined to say regarding the terms of reference themselves that because of the role of the provinces there's not any kind of enforcement, any kind of implementation of all recommendations because the provinces are not on-side. They are the main players in terms of the supply of blood. We know which role they played in 1983, 1984 and 1985, so I've already written to the provinces asking for their collaboration. Mr. Noreau will be with the deputy ministers next week or the week after.

[Traduction]

**M. Bouchard:** Je vais avoir besoin d'aide.

**M. Scott Serson (sous-ministre délégué, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social):** Tout ce que je peux dire, c'est que nous avons écrit à cette province et à plusieurs autres pour leur indiquer notre intention de mettre en oeuvre le projet pilote dont vous venez de parler. À moins que je ne me trompe, elles ne nous ont pas encore répondu, mais la proposition leur en a été faite.

**M. Wilbee:** Auriez-vous quoi que ce soit à nous dire à propos du type d'étiquetage ou du partage des coûts? En êtes-vous strictement aux stades préliminaires? La proposition que vous leur avez faite était-elle précise?

**M. Serson:** Nous leur avons envoyé une étude qu'une équipe d'experts avait effectuée pour nous sur la façon dont ce projet pourrait être conçu, mais elle ne contenait aucune précision quant à savoir si divers groupes allaient participer à la recherche ou s'il allait y avoir étiquetage des bouteilles d'alcool vendues par l'entremise de leurs régies. Aucune décision n'a été prise, puisque que nous comptons décider avec elles de la manière de procéder.

**M. Wilbee:** Ma deuxième question a trait à votre réponse à la question que M. Pagtakhan vous a posée aujourd'hui à la Chambre au sujet de l'enquête. Êtes-vous prêt à nous donner des précisions? Envisagez-vous une enquête judiciaire, ou est-ce qu'elle serait confiée à une commission? Je sais que vous n'avez eu que deux ou trois heures pour y penser, mais avez-vous une idée de la façon dont elle pourrait être effectuée?

**M. Bouchard:** Je pense que mon ange gardien veillait sur moi et qu'il devait savoir que le rapport serait rendu public avant la réunion du comité; je l'ai donc su.

Je dois tout d'abord dire que j'ai lu le rapport hier soir. Je l'ai lu presque en entier entre Montréal et Ottawa. C'est un rapport très intéressant. Le ton est bon. Les auteurs ne prétendent pas détenir la vérité absolue. Si j'ai bien compris le ton et l'esprit du rapport, vous croyez qu'il est nécessaire de revoir le système de gestion et de savoir au juste ce qui s'est passé, oui, mais surtout et avant tout ce qui se passe actuellement et ce qui va arriver.

Je voulais répondre rapidement. Vous me connaissez; je n'aime pas que les choses traînent en longueur lorsqu'il est question d'un rapport. Quand je sais ce que j'ai l'intention de dire, pourquoi attendre? Le ministère a été comme toujours très utile, et nous avons donc pu intervenir sans tarder.

Oui, il y aura une enquête publique qui portera sur le système de gestion des banques de sang, son efficacité et sa sûreté. Même si vous dites dans votre rapport que c'est l'un des plus sûrs du monde, il n'y a pas de mal à essayer de savoir ce qui s'est passé au juste.

Quant au mandat qui pourrait être confié à une telle commission, monsieur Wilbee, je ne peux rien vous dire, car nous ne pouvons mettre en application aucune des recommandations formulées, étant donné le rôle que jouent les provinces. Elles sont les principaux intervenants pour ce qui est de l'approvisionnement en sang. Nous savons quel rôle elles ont joué en 1983, en 1984 et en 1985, et je leur ai déjà écrit pour leur demander leur collaboration. M. Noreau rencontrera les sous-ministres la semaine prochaine, ou celle d'ensuite.



[Text]

[Translation]

• 1610

**Mr. Jean-Jacques Noreau (Deputy Minister, Department of National Health and Welfare):** On the 21st.

**Mr. Bouchard:** So it's on the agenda to sensitize the deputy ministers. That weekend we will know exactly what we will do with the inquiry. Will we consider the past? What will we consider in the present and the future? It will be determined at that level, the form and the representation. Even if personally I believe that it should be very flexible, if you have 10, 12 or 15 people you will need three or four years. If you have three or four commissioners, or we see a kind of committee, then we will be able to report within six to eight months from September, and next spring we will have the recommendations and be ready to make a change, which is relatively quick in terms of the operation.

Following those consultations with the provinces, I am looking forward and I am optimistic that we will find the real mechanism that will provide what we are looking for and what you are looking for. Will we go far into the past? I don't know. Where we will go in the future I don't know either.

As I said to the press this afternoon, I believe the credibility relies on the fact that the minister and the department do not want to interfere in the operation so that people would say that is just a Health and Welfare report, even if people are quite competent in the department to evaluate that kind of report. That is the way I see it, and I expressed the direction this afternoon.

I believe it represents, by and large, the spirit of the report, and it moves quickly enough to prove, first, that we give credibility to what you have done; and secondly, that at the moment we know we want to do an inquiry, we do it. And it is quick enough—and I quote your own report, that you believed the credibility was shaken to some degree. I think that is exactly what you said. For that reason I believed we had to act quickly, and so we did.

**Mr. Wilbee:** This is my biggest question of all and it has to do with the estimates. When I look in the phone book I see your department has 12 pages of phone numbers and so on. Just as the blood system seemed to grow like Topsy, I often wonder whether the various government bureaucracies grow like Topsy. When there is a need for some things we start them up, but we never terminate them.

Perhaps your deputy minister would be the one who could tell me what review is ongoing in the department to decide what programs, what committees, what facilities are still necessary. For example, the farmers in my community are upset because Ronilin DF are being held up by the Department of Health and Welfare. The people in the health department know nothing about pesticides. Your department is dealing with it and they have assured me there is an answer. I am just using that as an example of control.

Is there an ongoing review of all of the functions of the department, and are those that are no longer required being terminated?

**M. Jean-Jacques Noreau (sous-ministre, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social):** Le 21.

**M. Bouchard:** La question sera donc portée à l'attention des sous-ministres. Cette fin de semaine-là, nous saurons exactement quelle forme prendra l'enquête. Reviendrons-nous sur le passé? Sur quoi nous arrêterons-nous dans le présent et dans l'avenir? La décision quant au type de commission et à sa composition sera prise à ce moment-là. Même si je crois personnellement qu'il ne faut pas trop compliquer les choses, si elle se compose de 10, 12 ou 15 personnes, ses travaux exigeront trois ou quatre années. Si les commissaires ne sont que trois ou quatre, ou s'il s'agit d'un comité, un rapport pourra être déposé six ou huit mois plus tard, en supposant que les travaux débutent en septembre, de sorte qu'au printemps nous aurons les recommandations et serons en mesure d'apporter des changements, ce qui veut dire que les choses pourraient aller relativement vite.

Après que nous aurons consulté les provinces, j'ai bon espoir que nous pourrions trouver les mécanismes qui donneront les résultats que nous escomptons et que vous escomptez. Reviendrons-nous loin en arrière? Je ne le sais pas. Jusqu'où irons-nous dans l'avenir? Je ne le sais pas non plus.

Comme je l'ai dit aux journalistes cet après-midi, je crois que le rapport sera d'autant plus crédible si le ministre et le ministère ne s'en mêlent pas, car les gens ne pourront pas dire qu'il s'agit purement d'un rapport de Santé et Bien-être social, même s'il y a au ministère des employés assez compétents pour se charger de l'étude de la question. C'est la façon dont je vois les choses, et c'est ce que j'ai dit cet après-midi.

Je pense que c'est là, grosso modo, l'esprit du rapport et que le fait que nous n'avons pas tardé à réagir prouve, d'une part, que vous êtes crédibles à nos yeux et, d'autre part, que nous serons prêts à aller de l'avant dès que nous aurons déterminé qu'une enquête s'impose. Vous avez dit dans votre rapport que la crédibilité en avait pris un coup. Je pense que c'est exactement ce que vous avez dit. C'est pourquoi j'ai jugé bon de réagir rapidement, et c'est ce que nous avons fait.

**M. Wilbee:** Ma prochaine question est la plus importante et elle se rapporte au budget des dépenses. Je me suis aperçu, en consultant l'annuaire, que votre ministère occupe 12 pages. Je me demande souvent si les bureaucraties gouvernementales, comme les banques de sang, n'ont pas tendance à trop grossir. Lorsque le besoin s'en fait sentir, nous entreprenons certains projets, mais nous ne les terminons jamais.

Votre sous-ministre pourrait peut-être nous dire si un examen a été entrepris à votre ministère pour déterminer quels programmes, quels comités et quelles installations sont toujours nécessaires. Par exemple, les agriculteurs de ma circonscription sont fâchés parce que les produits Ronilin et DF n'ont pas encore pu être mis sur le marché à cause du ministère de la Santé et du Bien-être social. Les employés du ministère de la Santé ne connaissent rien aux pesticides. Votre ministère s'occupe de la question, et on m'a assuré qu'il y a une solution. C'est tout simplement un exemple de contrôle que je voulais vous donner.

Y a-t-il un examen en cours sur toutes les fonctions du ministère, et est-ce qu'il renonce à ce qui est devenu inutile?

[Texte]

**Mr. Noreau:** Yes, there is, sir. There is an exercise going on now which, among us, we call business line reviews, and it does indeed take a look at the whole regulatory framework. The minister mentioned the Gagnon report on drugs. He also mentioned the Hearn recommendations on medical devices. And talking about pesticides, there is a big exercise going on with Agriculture Canada looking at the regulations dealing with pesticides. There are even some more resources added to that. I think I can say we are continually examining what we do.

As you can certainly imagine, the successive budget cuts that have been applied to the department over the last decade—I think they number 13 now—have caused ongoing pressure on my predecessors to examine constantly what are the essential things to be maintained, and stop doing some of the things that have less priority and do the rest more efficiently.

• 1615

**Mr. Pagtakhan (Winnipeg North):** Mr. Minister, you have indicated the four main areas that you have focused on over the last few years, at least over the last two years, and obviously the question I would have would be on administrative cost.

I recognize that the surveillance and health services and promotion activities, budget-wise, have been reduced by 22% to 23%. At the same time the program administration has been increased by 16.3%, certainly the largest for any health program activity. How do you explain such an increase in administrative budgeting and at the same time reduce direct program activities on surveillance and health services and promotion?

**Mr. Noreau:** Madam Chair, through you, I am not too sure where you are quoting from—

**Mr. Pagtakhan:** Pages 2-10 of the estimates.

**Mr. Noreau:** One general answer that can explain these apparent discrepancies, sir, is that first what you have in front of you is a picture of main estimates to main estimates comparison. For example, you'll see a decrease in health programming caused by the fact that the estimates do not reflect the renewal of the AIDS strategy to the tune of \$42 million per year. This is not shown in the book. It was done after the main estimates were put to bed and will be reflected in the coming supplementary estimates in 1993-94.

The same is true of the seniors strategy. That is worth \$170 million over five years and that means \$30-odd million that are again not reflected—

**Mr. Pagtakhan:** Perhaps you can confirm or deny, has there been an increase of budgetary allocation for administration costs, yes or no, by 16.3% over 1992-93?

**Mr. Noreau:** You've got the pages, Orvel?

**Mr. Orvel Marquardt (Director General, Departmental Planning and Financial Administration, Department of National Health and Welfare):** Yes. First of all, the table on the page you refer to compares the forecast of 1992-93 to the estimates for 1993-94.

[Traduction]

**M. Noreau:** Oui, monsieur. Nous avons entrepris un examen qui porte notamment sur tout le cadre réglementaire. Le ministre a mentionné le rapport Gagnon sur les médicaments. Il a aussi mentionné les recommandations Hearn sur les instruments médicaux. Puisque vous parlez de pesticides, nous sommes en train d'examiner, en collaboration avec Agriculture Canada, tous les règlements s'y rapportant. Nous consacrons même des ressources supplémentaires à cette tâche. Je crois donc pouvoir dire que nous ne cessons pas de passer en revue nos activités.

Comme vous pouvez sans doute vous l'imaginer, les coupures budgétaires imposées à mon ministère les unes à la suite des autres au cours des 10 dernières années—et je crois qu'elles ont été au nombre de 13—ont forcé mes prédécesseurs à s'interroger constamment sur les services essentiels à maintenir et à renoncer à certaines choses moins prioritaires pour être plus efficaces sur d'autres fronts.

**M. Pagtakhan (Winnipeg-Nord):** Monsieur le ministre, vous avez indiqué les quatre principaux domaines sur lesquels vous avez insisté au cours des quelques dernières années, du moins au cours des deux dernières années, et, évidemment, la question que je vais vous poser a trait aux coûts d'administration.

Je vois, d'après le budget, qu'il y a eu une diminution de 22 p. 100 à 23 p. 100 des dépenses liées à la surveillance ainsi qu'aux services et à la promotion de la santé. Par contre, les dépenses consacrées à l'administration des programmes ont augmenté de 16,3 p. 100, soit le chiffre le plus élevé en ce qui concerne les programmes de santé. Comment expliquez-vous une telle augmentation des frais d'administration par rapport à une diminution des dépenses consacrées à la surveillance, aux services et à la promotion de la santé?

**M. Noreau:** Madame la présidente, je vous demanderais, étant donné que je ne sais pas au juste d'où viennent ces chiffres. . .

**M. Pagtakhan:** De la page 2-11 du Budget des dépenses.

**M. Noreau:** Ce que je peux vous dire au départ, pour expliquer cet écart manifeste, c'est que vous avez devant vous une comparaison entre deux budgets des dépenses principaux. Par exemple, la diminution des dépenses consacrées aux programmes de santé s'explique par le fait qu'il n'est pas tenu compte dans le budget du renouvellement de l'initiative contre le sida au coût de 42 millions de dollars par année. Cela n'apparaît pas dans le budget. La décision a été prise une fois le budget des dépenses principal établi, et il en sera fait état dans le budget des dépenses supplémentaire de 1993-1994.

Il en va de même pour la stratégie en faveur des aînés. Les chiffres sont dans ce cas-ci de 170 millions de dollars pour cinq ans, ce qui veut donc dire que la somme de 30 millions de dollars à peu près n'apparaît pas. . .

**M. Pagtakhan:** Ne pourriez-vous pas tout simplement me dire si, oui ou non, il y a eu une augmentation de 16,3 p. 100 des affectations budgétaires pour les frais d'administration par rapport à 1992-1993?

**M. Noreau:** Avez-vous les pages, Orvel?

**M. Orvel Marquardt (directeur général, Planification ministérielle et administration financière, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social):** Oui. Tout d'abord, le tableau que vous avez sur cette page consiste en une comparaison des prévisions de 1992-1993 et du budget pour 1993-1994.



[Text]

**Mr. Pagtakhan:** Right.

**Mr. Marquardt:** When you look at the estimates for 1992-93 compared to the estimates for 1993-94 it is not that dramatic. The increase that you see in the program administration for the health program is related to increased capital expenditures through the Health Protection Branch, primarily for two facilities.

**Mr. Bouchard:** He's so pleased that it's in Winnipeg.

**Mr. Marquardt:** Indeed, one is in Winnipeg. One is in Winnipeg and one is in Ottawa. It's because the capital expenditures are displayed under the program administration in the health program.

**Mr. Pagtakhan:** The reason I was posing the question on administrative costs being increased over actual program activities was that two weeks ago the minister indicated that the department has launched a program called Healthy Canada. What is the cost of this new program? Secondly, who will get the money in terms of advertising? And can you indicate to the committee the firms that have received the advertising contract?

**Mr. Bouchard:** The two last questions I will ask my colleagues to answer. They are more technical.

Why, it is in the perspective, Dr. Pagtakhan, to reinforce a direction to the health system in Canada that relies more on prevention and promotion and so on. Healthy Canada becomes the logo and the kind of constant reference we make not necessarily to just a health care system but healthy Canadians. In other words, we talk as much about promotion and protection as we talk about disease control or disease treatment. In my view, that will be one of the major shifts in the sensitivity we want to create among Canadians, because if we are not able to do that, Dr. Pagtakhan, we know very well that if Canadians continue to look at the question of the health care system, in other words to heal people, diseases, illnesses, whatever, if we are just looking at it from that perspective, it's absolutely impossible to keep up with the health care system we have.

• 1620

Healthy Canada is the message I gave in the announcement in Toronto. It's a message to Canadians for the promotion and protection of their health, dealing with the food guide, eating well or exercising and so on. That's essentially the reason why you have that, to give a new perspective to Canadians when we talk about health—not just health care; health, period.

**Mr. Pagtakhan:** I agree with the thrust.

The next two questions are, how much will this program cost, and to whom have the contracts for advertising been awarded?

**Mr. Noreau:** I don't have the answer to your last question, sir. I can send it to you.

If I can comment on your first, as the minister indicated, this is essentially a no-additional-cost exercise. It is a strong communication focus. There are all kinds of activities going on in the children's program—

[Translation]

**M. Pagtakhan:** D'accord.

**M. Marquardt:** Si vous comparez le budget de 1992-1993 à celui de 1993-1994, vous verrez que la différence n'est pas aussi marquée. L'augmentation des frais d'administration du programme de santé s'explique par l'augmentation des dépenses d'immobilisations engagées par le biais de la Direction de la protection de la santé, notamment pour deux établissements.

**M. Bouchard:** Cela lui fait plaisir de voir que l'un deux est à Winnipeg.

**M. Marquardt:** C'est exact, l'un est à Winnipeg, et l'autre à Ottawa. L'écart est attribuable au fait que les dépenses d'immobilisations sont incluses dans les coûts d'administration du programme de santé.

**M. Pagtakhan:** Je vous posais cette question à propos de l'augmentation des frais d'administration par rapport aux activités parce que le ministre a annoncé, il y a deux semaines, l'intention du ministère de lancer un programme ayant pour titre Canada en santé. Combien coûte ce nouveau programme? A qui la publicité en sera-t-elle confiée? Et pourriez-vous indiquer au comité quelles entreprises ont reçu le contrat pour la publicité?

**M. Bouchard:** Je vais demander à mes collègues de répondre aux deux dernières questions. Elles sont plus techniques.

Nous avons décidé, monsieur Pagtakhan, de mettre l'accent au Canada sur la prévention de la maladie et sur la promotion de la santé. Canada en santé va devenir en quelque sorte notre logo et va servir à rappeler que ce qui importe, ce n'est pas seulement le système de santé, mais aussi la santé elle-même. Autrement dit, nous avons décidé de parler autant de promotion et de protection que de contrôle ou de traitement des maladies. En fait, monsieur Pagtakhan, nous voulons sensibiliser les Canadiens à l'importance de la santé, parce que nous savons tous que si seul le régime de soins de santé continue à retenir notre attention, autrement dit, la maladie et tout ce qui s'ensuit, si nous n'essayons pas de voir les choses sous un autre angle, il nous sera absolument impossible de maintenir ce régime tel qu'il existe actuellement.

Canada en santé est le message que j'ai voulu faire passer à Toronto. C'est un message par lequel j'invite les Canadiens à protéger leur santé, à suivre le guide alimentaire, à bien se nourrir, à faire de l'exercice, et j'en passe. Ce que nous voulons, essentiellement, c'est amener les Canadiens à penser santé lorsqu'il est question du régime de soins—et non pas seulement à l'assurance-maladie—un point, c'est tout.

**M. Pagtakhan:** Je suis d'accord avec vous.

Mes deux autres questions sont les suivantes: combien ce programme coûtera-t-il, et à qui les contrats de publicité ont-ils été octroyés?

**M. Noreau:** Je n'ai pas la réponse à votre dernière question, monsieur. Je peux vous la faire parvenir.

En réponse à votre première question, je dirai, comme le ministre l'a indiqué, qu'il ne sera pas nécessaire d'engager des crédits supplémentaires. Nous n'avons fait que mettre l'accent sur la communication. Il y a toutes sortes d'activités en cours dans le cadre du programme intéressant les enfants. . .



[Texte]

**Mr. Bouchard:** The food guide.

**Mr. Noreau:** —with seniors, in fitness and amateur sport, but these various initiatives, it was felt, were lacking a little bit of a communications focus. What the minister announced last week is an attempt to encourage Canadians to do what every expert in the health system says these days, and that is that we have to make people aware that they are responsible first for their health, and, secondly, there has to be some encouragement to move money to the prevention end of it rather than only on the care end of it.

**Mr. Pagtakhan:** Will you undertake to provide this committee with the names of firms to which they have been awarded?

**Mr. Noreau:** I will do that.

**Mr. Pagtakhan:** Thank you for that.

**The Chair:** Your five minutes is up.

I'd like to ask a question. I don't have any other people so we'll come back to you, if that's all right.

I'd like to ask you about the brighter futures program because I have a number of groups in Metropolitan Toronto that are very interested in starting programs under this and we've been making inquiries. I notice in your speech you say that negotiations are still proceeding, and this is the answer I get every time we inquire. Quite frankly, I'd like to see some action taken. I think it's far too long. I don't know what the hold-up is. If it's the Province of Ontario, I think it's time we got some decisions going. This is a program that was announced well over a year ago. There are certainly many places that money could be spent with great benefit to children, and I'm wondering if we could. . .

**Mr. Bouchard:** Sure, it can be completed by somebody else, but, Mrs. Greene, the federal level is almost ready to sign with all the provinces. We have with Quebec and Nova Scotia. We would normally be ready to do—

**The Chair:** What is the hold-up with Ontario?

**Mr. Bouchard:** Of course, the Province of Ontario had other concerns recently, which meant they were not particularly ready to finalize or even make an announcement. As far as we're concerned, it's very easy to finalize the agreement within hours.

My people can tell you exactly where we stopped or if there is any big obstacle. I don't believe so. It's just a question of timing.

**Dr. Donald Ogston (Director General, Social Development Directorate, Health and Social Programs Branch, Department of National Health and Welfare):** With respect to Ontario, which is your particular interest, in Ontario they sought, before we completed an administrative protocol with them, that there be a round of consultations amongst community NGO groups, and those consultations have been held. The last one to be held was with off-reserve aboriginal leadership, which was completed about three weeks ago. From these consultations Ontario wishes to advise us on the kinds of priorities that they would see that are compatible with perceived community needs, with our program design and with their own planning. That is virtually

[Traduction]

**M. Bouchard:** Le guide alimentaire.

**M. Noreau:** . . le troisième âge, la condition physique et le sport amateur, mais nous avons l'impression qu'il fallait que le message soit clair. Ce que le ministre a annoncé la semaine dernière est une mesure destinée à encourager les Canadiens à mettre en pratique les conseils unanimes des experts de la santé, et à les amener à s'apercevoir, premièrement, qu'ils doivent prendre leur santé en main et, deuxièmement, que des sommes d'argent doivent être consacrées à la prévention, et non pas seulement aux soins.

**M. Pagtakhan:** Pourriez-vous vous engager à fournir au comité les noms des entreprises à qui ces contrats ont été octroyés?

**M. Noreau:** Bien sûr.

**M. Pagtakhan:** Je vous en remercie.

**La présidence:** Vos cinq minutes sont écoulées.

J'aurais une question à poser. Personne d'autre n'a demandé la parole, et nous reviendrons donc à vous, si cela vous convient.

J'ai une question à vous poser au sujet du programme Grandir ensemble, parce qu'un certain nombre de groupes de la région métropolitaine de Toronto voudraient mettre sur pied des projets et que nous avons essayé de savoir de quoi il retourne. J'ai remarqué que vous aviez dit dans votre exposé que les négociations se poursuivent, et c'est ce qu'on nous dit chaque fois que nous posons la question. Pour être franche avec vous, j'aimerais que les choses bougent un peu plus vite. Je pense qu'elles traînent depuis assez longtemps. Je ne sais pas quelle est la cause du problème. Si c'est la province de l'Ontario, il serait à peu près temps que des décisions soient prises. Ce programme a été annoncé il y a plus d'un an déjà. Il y aurait bien des façons d'investir cet argent pour que les enfants en profitent pleinement, et je me demandais si nous pouvions. . .

**M. Bouchard:** Quelqu'un d'autre pourrait mener cette tâche à bien, madame Greene, mais le gouvernement fédéral est presque prêt à signer avec toutes les provinces. Nous avons déjà signé un accord avec le Québec et la Nouvelle-Écosse. Nous devrions normalement être prêts à. . .

**La présidence:** A qui le retard est-il attribuable en Ontario?

**M. Bouchard:** Bien entendu, l'Ontario a eu d'autres chats à fouetter récemment, ce qui explique qu'il ne soit pas prêt à conclure le marché, ou même à faire une annonce. S'il n'en tenait qu'à nous, la version définitive de l'accord pourrait être rédigée en quelques heures.

Mes collègues pourraient vous dire exactement où en sont les choses, ou s'il y a un obstacle quelconque. Je ne le pense pas. Ce n'est qu'une question de temps.

**M. Donald Ogston (directeur général, Direction générale du développement social, Direction de la santé et des programmes sociaux, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social):** La province de l'Ontario voulait—puisque c'est elle qui vous intéresse—avant d'arrêter un protocole administratif, qu'il y ait une série de consultations avec les ONG communautaires, et ces consultations ont eu lieu. Les dernières personnes rencontrées étaient des dirigeants autochtones vivant hors réserve, et c'était il y a trois semaines environ. L'Ontario espère, à partir de ces consultations, être en mesure de nous indiquer ses priorités et de voir si elles sont compatibles avec les besoins communautaires, tels qu'ils sont perçus, avec notre programme

[Text]

complete, and we are ready to go with Ontario to complete a protocol any time.

So we are literally, in this case, Ms Greene, looking at drafting a final half-page at maximum.

**The Chair:** How long do you think that will take?

• 1625

**Dr. Ogston:** It literally could be done in an afternoon if we could get their attention, as the minister indicated.

**The Chair:** Should I be calling the provincial MLAs and asking them to ask questions in the House?

**Dr. Ogston:** No. I think the problem is to simply have their ministers, who are busy with other matters, focus on it. There are three ministers who must do so: Health, Education, and Social Services.

**The Chair:** So it still has to go through three ministers.

**Dr. Ogston:** It's three ministers who will sign the protocol for Ontario, we believe.

**The Chair:** Okay.

**Dr. Ogston:** But it's virtually done. The protocols are completed in acceptable draft form; that is, acceptable for ministerial signing in virtually all jurisdictions. The last two—and it's only literally a matter of a full page between the two—are Alberta and Ontario.

**The Chair:** Will the program be administered by the federal government?

**Dr. Ogston:** It will be delivered by. . .

**Mr. Bouchard:** Yes. It depends on each province. It's a real provincial agreement. We have a different agreement in Nova Scotia from the one we have in Quebec, and possibly different from Ontario or Manitoba.

Something that is sacred, I would say, even in Quebec, is that the money won't be transferred to the provinces. The money, the program, will be administered at the federal level. We obviously turned down the request of the Province of Quebec, which wanted to manage the money. However, we are flexible with the capacity to go through the provincial organizations, social organizations, not to necessarily create federal organizations. But it is a component that Nova Scotia and Quebec consider important. I don't know yet about Ontario. But it's possible because Ontario has the biggest part of the money that we allow to the provinces.

**The Chair:** Once this protocol has been signed, when will the groups be able to send in an application form?

**Mr. Bouchard:** Immediately.

[Translation]

et avec sa propre planification. A peu près toutes les démarches ont été faites, et nous sommes maintenant prêts à signer un protocole avec l'Ontario.

Nous en sommes pour ainsi dire à la dernière étape, madame Greene, puisqu'il ne s'agit plus que de rédiger un texte d'une demi-page tout au plus.

**La présidence:** A votre avis, combien de temps faudra-t-il pour le faire?

**M. Ogston:** Tout cela pourrait pratiquement être terminé en un après-midi si seulement nous pouvions attirer son attention, comme le ministre l'a indiqué.

**La présidence:** Est-ce que je devrais téléphoner aux députés provinciaux pour leur demander de poser des questions à la Chambre?

**M. Ogston:** Non. À mon avis, le problème consiste tout simplement à obtenir des ministres, qui sont préoccupés par d'autres questions, qu'ils signent l'entente. Ils sont trois à devoir le faire: Santé, Éducation et Services sociaux.

**La présidence:** Donc, il y a encore cette étape à franchir.

**M. Ogston:** À moins que je ne me trompe, trois ministres signeront le protocole pour l'Ontario.

**La présidence:** Parfait.

**M. Ogston:** C'est presque chose faite. Les protocoles ont déjà été rédigés sous la forme d'ébauches que peuvent signer les ministres dans presque toutes les provinces. Les deux dernières—et les deux textes combinés font tout au plus une seule page—sont l'Alberta et l'Ontario.

**La présidence:** Le programme sera-t-il administré par le gouvernement fédéral?

**M. Ogston:** Il sera administré par. . .

**M. Bouchard:** Oui. Tout dépend de chaque province. En fait, il s'agit d'une entente provinciale. L'entente que nous avons signée avec la Nouvelle-Écosse est différente de celle que nous avons avec le Québec, et il se pourrait que celles que nous signerons avec l'Ontario ou le Manitoba soient elles aussi différentes.

Je devrais ajouter qu'il y a une chose de sacrée, même au Québec, et c'est que l'argent ne sera pas transféré aux provinces. L'argent, le programme, seront administrés au palier fédéral. Nous avons évidemment rejeté la demande de Québec, qui aurait voulu gérer lui-même les fonds. Toutefois, nous sommes flexibles, et nous accepterions de passer par l'intermédiaire d'organismes provinciaux, d'organismes sociaux, pour ne pas avoir à créer d'organismes fédéraux. Mais c'est un élément que la Nouvelle-Écosse et le Québec considèrent comme important. Je ne sais pas encore ce qui en est de l'Ontario. Il reste que c'est possible, parce que c'est à lui que revient la plus grosse partie des fonds que nous allouons aux provinces.

**La présidence:** Lorsque ce protocole aura été signé, quand les groupes pourront-ils présenter une demande?

**M. Bouchard:** Sur-le-champ.



[Texte]

**Dr. Ogston:** Applications in fact are being received. They haven't been invited, but they're being received now in all provinces.

**The Chair:** So I could get application forms for some of the groups.

**Dr. Ogston:** No. We don't have the application form. But groups who have projects in mind are applying now just simply to make it known to the program delivery people that they intend to be applicants once the program is finally implemented.

**The Chair:** Good. Thank you.

**Mr. Walker:** I'm still a little bit surprised that the officials couldn't answer the question as to who is looking after the public relations and public affairs for Healthy Canada.

I was there at the lunch. I sat beside the president. He was willing to discuss his role. It seems to me that when you have an event like that, everyone knows when the guy is in the room and who is doing it. It's very unusual, I think, that people couldn't tell me who was doing it.

**Mr. Bouchard:** You mean the names of the advertising firms?

**Mr. Walker:** Yes.

**Mr. Bouchard:** Personally I don't know. I'm sorry, but you see that I do not intervene very much in that kind of operation.

**Mr. Walker:** It must be your retirement.

**Mr. Bouchard:** We will provide the names. We really apologize, but there is no problem. We won't have the time to change in the meantime.

**The Chair:** André Harvey.

**M. Harvey (Chicoutimi):** Monsieur le ministre, cela me fait plaisir d'être avec vous aujourd'hui, d'autant plus que c'est la première fois que j'ai l'occasion de venir à ce Comité. Quand on m'a demandé de venir, j'avais le choix entre plusieurs comités. Quand j'ai vu que le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social comparaisait ici, probablement pour la dernière fois, j'ai choisi de venir à ce Comité.

Monsieur le ministre, une phrase m'a frappé dans votre exposé:

Si nous voulons laisser un héritage à la génération qui vient, soyons un peuple qui valorise sa santé, et en assure la promotion et la responsabilité.

Je soupçonne que vous croyez qu'il s'agit là d'un des éléments clés pour en arriver un jour à diminuer considérablement les coûts reliés aux soins de santé et à toutes les questions sociales. Des budgets considérables, soit 36 milliards de dollars, sont affectés aux soins de santé. Je me dis que pour un gouvernement qui veut adopter des mesures restrictives, s'il y a un secteur où il y a des possibilités de faire des gains, c'est bien là. On sait que 95 p. 100 de cette somme sont consacrés à des transferts aux provinces. Pensez-vous qu'une augmentation de notre conscientisation et une meilleure concertation avec les provinces sont la voie de l'avenir?

[Traduction]

**M. Ogston:** Nous recevons déjà des demandes. Personne n'a encore été invité à en envoyer une, mais toutes les provinces en reçoivent déjà.

**La présidence:** Je pourrais donc obtenir des formulaires pour certains de ces groupes.

**M. Ogston:** Non, nous n'avons pas encore de formulaires de demande. Cependant, les groupes qui ont un projet en tête ont décidé de présenter une demande pour que les responsables de l'administration du programme sachent qu'ils voudraient participer au programme lorsqu'il aura finalement été mis en oeuvre.

**La présidence:** Parfait. Merci.

**M. Walker:** Je n'arrive pas encore à comprendre pourquoi nos témoins ne pouvaient pas me dire qui s'occupe des relations publiques et des affaires publiques pour Canada en santé.

J'étais au déjeuner-rencontre, assis à côté du président. Il était prêt à discuter de son rôle. Il me semble que quand un événement comme cela se produit, tout le monde veut savoir qui est le principal intéressé et qui sont les responsables. Je trouve inhabituel qu'on n'ait pas pu me dire qui sont les responsables.

**M. Bouchard:** Vous voulez dire les noms des entreprises de publicité?

**M. Walker:** Oui.

**M. Bouchard:** Je ne les connais pas personnellement. Je suis désolé, mais vous pouvez voir que je ne me mêle pas beaucoup des choses de ce genre.

**M. Walker:** Ce doit être la retraite.

**M. Bouchard:** Nous allons vous fournir ces noms. Nous nous excusons vraiment, mais cela ne pose aucun problème. Nous ne pourrions faire aucun changement entre temps.

**La présidence:** André Harvey.

**M. Harvey (Chicoutimi):** Mr. Minister, I am very happy to be with you today, all the more so since this is the first time that I have the opportunity to come to a meeting of this committee. When I was invited, I had the choice between several committees. After I realized that the Minister of Health and Welfare would be heard, probably for the last time, I chose to come here.

Mr. Minister, something in your speech struck me. You said that:

If we want to provide a legacy for the next generation, let it be a nation of people who value, promote and take responsibility for their own health.

I believe that you think that this is one of the key elements if we are to be able one day to reduce drastically the costs related to health care and social programs. Enormous amounts of money, \$36 billion, go to health care. I think that for a government wishing to cut expenses, this is a sector where considerable gains can be had. We know that 95% of that amount is paid in the form of transfers to the provinces. Do you think that in future we will have to be more aware of problems and work better with the provinces?



[Text]

• 1630

**M. Bouchard:** Depuis deux ou trois semaines, on a discuté abondamment de la question du ticket modérateur ou des mécanismes pour nous permettre de contrôler le coût du régime.

J'ai souvent dit que j'étais inquiet quand on essayait de prendre des raccourcis ou de trouver des réponses qui, au fond, ne répondaient pas au problème.

De plus en plus, comme ministre de la Santé nationale, avec l'aide du Ministère, ma réflexion me porte à dire qu'on a l'un des meilleurs régimes de santé au monde. Cependant, cela a été trop longtemps un régime de traitement de maladies. Les gens sont malades, ils vont voir le médecin, ils vont à l'hôpital, etc.

C'est tout le sens de Canada en santé dont notre collègue libéral parlait tout à l'heure. Notre orientation est maintenant de dire qu'il y a suffisamment d'argent dans le régime. Vous avez raison. C'est 63 milliards de dollars, si on considère le public et le privé. Juste au niveau des provinces, bon an, mal an, il faut aujourd'hui compter de 40 à 45 milliards de dollars. Le Québec et l'Ontario, à eux seuls, prennent 31 milliards de dollars. C'est suffisant. On ne peut pas aller plus loin.

Pour réduire les coûts, ou du moins pour arriver à gérer le régime avec les sommes qu'on a, il faut agir au niveau de la promotion, de la prévention et de la protection.

Le traitement va toujours demeurer. Quand quelqu'un aura besoin d'une intervention, on va devoir la faire. Cependant, il serait bon qu'on puisse éliminer la consommation de la cigarette, avoir une meilleure alimentation, faire de l'exercice, etc. Tout le monde sait que cela peut éliminer une foule de problèmes.

Pour ma part, je quitte. Je n'aurai ni les avantages ni les inconvénients de cela, mais en même temps, cela me donne une certaine objectivité devant tout cela. Je pense que les Canadiens et les Canadiennes devraient tout faire pour protéger leur régime de santé; non pas se demander comment ils vont faire payer les gens, mais protéger le régime. Protéger le régime, c'est tout faire pour arriver à toucher aux vrais problèmes, dans le cas du régime de traitement lui-même, et s'occuper de protection et de promotion de la santé. Pour moi, c'est absolument essentiel.

Vous avez raison: on ne peut pas aller plus loin. On ne peut plus dépenser davantage. On aura toujours une technologie de plus en plus perfectionnée. On est à peu près certains que 70 p. 100 de la technologie utilisée n'a pas été contrôlée suffisamment et n'est pas aussi efficace qu'on le pense. On sait très bien que 30 p. 100 des actes médicaux posés sont probablement inefficaces. On sait aussi qu'un régime basé sur le paiement sur demande... Si on consulte le médecin 20 fois, le médecin sera payé 20 fois. C'est ce que j'appelle les vrais problèmes. Il y a les soins à domicile, les services de première ligne, la bureaucratisation du régime au niveau des provinces par rapport aux hôpitaux eux-mêmes, la gestion des hôpitaux. Ce sont les vrais raisons.

Si on ne met pas l'accent là-dessus, je ne pense pas qu'on pourra protéger le régime de santé au Canada.

**M. Harvey:** Monsieur le ministre, je crois que c'est la première année que le budget global du ministère n'est pas augmenté sensiblement. Est-ce possible? De mémoire, il me semble qu'au cours des huit ou neuf dernières années, il y avait

[Translation]

**Mr. Bouchard:** In the last two or three weeks, there has been a great deal of discussion about user fees or ways of controlling health care costs.

I have often said that I was concerned when attempts were made to take shortcuts or to find answers that really did not solve the problem.

Increasingly, as Minister of National Health, with the assistance of the department, I have come to the conclusion that we have one of the best health care systems in the world. However, for too long it was a system for treating disease. People get sick, they go to the doctor, they go to the hospital, and so on.

There's the whole idea of a healthy Canada, about which our liberal colleague was speaking earlier. Our focus now is to say that there is enough money in the system. You are quite right. With the public and private sectors together, the total is \$63 billion. At the provincial level alone, on average, the figure is between \$40 and \$45 billion. Quebec and Ontario alone account for \$31 billion. We cannot go any farther with the funding.

In order to reduce costs, or at least manage the system with the funding we have, we are going to have to work on promotion, prevention and protection.

Treating disease will always remain a component of the system. When someone needs care, we are going to have to provide it. However, it would be good if we could get people to stop smoking, to have a healthier diet, to exercise, and so on. Everyone knows that doing these things can get rid of a host of problems.

Personally, I am leaving the political scene, I will have neither the benefits nor the disadvantages of the new approach. However, I do have some objectivity as a result. I think that Canadian men and women should do everything they can to protect their health care system. They should not be wondering how they are going to get people to pay, but rather how they can protect the system. By this I mean that they should do everything they can to get at the real problems in the area of treatment, and deal with health protection and promotion at the same time. I consider this absolutely essential.

You are quite right. We cannot go any farther. We cannot spend more. There will always be more and more advanced technology. We are virtually sure that there is inadequate control of 70% of the technology used, and that it is not as effective as we might think. We know that 30% of the medical procedures carried out are probably not effective. We also know that a system based on payment on demand... If a person goes to see a doctor 20 times, the doctor gets paid 20 times. That is what I call one of the real problems. There's the issue of homecare, front-line services, the increased provincial bureaucracy for hospitals, and hospital management. These are the real issues.

If we do not focus on them, I don't think we will succeed in protecting Canada's health care system.

**Mr. Harvey:** I think this is the first year that the department's overall budget has not increased considerably, minister. Is that possible? From memory, it seems to me that over the last eight or nine years, there was an annual increase

[Texte]

eu une augmentation annuelle d'environ 5,1 p. 100. Cette année, l'augmentation n'est que de 0,5 p. 100. On dit ici qu'il s'agit d'une légère hausse de 0,4 p. 100 par rapport au budget de 1992-1993. Est-il bien vrai que cette année, on fait vraiment des efforts pour restreindre les dépenses?

**M. Noreau:** C'est exact, monsieur Harvey, mais n'oubliez pas ce que je disais tout à l'heure: il y a un certain nombre de programmes récemment autorisés qui n'apparaissent pas dans ces comparaisons-là. Un autre programme qui n'apparaît pas est celui que M<sup>me</sup> Greene mentionnait, les projets conjoints avec les provinces dans le cadre de Grandir ensemble. Il y a peut-être une centaine de millions de dollars qui n'apparaissent pas dans les prévisions budgétaires principales. Cela dit, il est vrai que la croissance est restreinte.

**M. Bouchard:** Je peux ajouter que dans les grandes stratégies qu'on a mises au point cette année, que ce soit la stratégie sur les enfants, la stratégie sur les drogues ou la stratégie sur le sida, on a au moins autant qu'on avait auparavant; dans certains cas, par exemple celui du sida, on a une augmentation de 13 p. 100. Cela prouve la préoccupation du gouvernement quant aux politiques sociales. Je pense que c'est très clair.

• 1635

Dans le cas des personnes âgées, il faut bien tenir compte du fait que la stratégie est en place depuis cinq ans. Donc, il y a des mécanismes ou des structures qu'on n'a pas à répéter. Dans ce cas, on a diminué le budget, mais on est encore à 170 millions de dollars pour cinq ans.

Il y a eu des augmentations administratives, comme disait le D<sup>r</sup> Pagtakhan. Il y a eu d'abord le laboratoire sur les maladies contagieuses à Winnipeg. Il y a également eu un laboratoire de construit à Ottawa. En même temps, on a nettement mis l'accent sur les grandes stratégies fédérales. Même si on est en période de récession, on a une modeste augmentation. Il y a également eu un réaménagement à l'intérieur du Ministère.

**M. Harvey:** Il faut considérer, monsieur le ministre, que les interventions ponctuelles que vous faites sur la violence, sur le sida. . .

**M. Bouchard:** On n'a pas parlé du cancer du sein. C'est la première fois qu'un gouvernement fait une intervention spécifique pour le cancer du sein. Je pense que partout au pays, les gens ont applaudi quand on a décidé de consacrer 25 millions de dollars à cela.

**M. Harvey:** Ce ne sont pas des choses qui coûtent des milliards de dollars, mais elles contribuent. . .

**The Chair:** I'm sorry, Mr. Harvey, I have three other people who want to ask questions. You've gone over five minutes.

Dr. Pagtakhan.

**Mr. Pagtakhan:** Thank you, Madam Chair.

I would just like to pursue one question following Dr. Wilbee's, and that is, how are you predisposed to the role of the federal government insofar as it plays a far greater role beyond the Bureau of Biologics in the Canada blood system?

[Traduction]

of approximately 5.1%. This year, the increase is only 0.5%. I see here that there has been a slight increase, of 0.4%, over the 1992-93 budget. Is it true that this year there is a genuine effort to limit spending?

**Mr. Noreau:** That is correct, Mr. Harvey. However, you should not forget what I was saying earlier: a number of recently authorized programs do not appear in this figures. One such program is the one mentioned by Ms Greene, namely the joint projects carried out with the provinces as part of the "Brighter Futures" program. There may be about \$100 million that does not appear in the main estimates. It is true, nevertheless, that our expenditures have increased less this year.

**Mr. Bouchard:** I could add that in the major strategies we developed this year, on children, drugs and AIDS, we have at least as much funding as we had in the past. In some cases, the AIDS strategy for example, there was a 13% increase. That proves that the government is concerned with social policy. I think that is very clear.

Insofar as seniors are concerned, you must remember that the strategy has been in place for five years. Thus, there are mechanisms or structures that are already in place. We reduced the budget in that case, but the program still has a budget of \$170 million over five years.

There has been an increase in administrative expenditures, as Dr. Pagtakhan noted. This is attributable, among other things, to the construction of a contagious diseases laboratory in Winnipeg. A laboratory was also built in Ottawa. But, at the same time, we have clearly focused on broad federal strategies. Even though we are in a recession, we have had a modest increase. There was also a reorganization within the department.

**Mr. Harvey:** It must be said, Minister, that the department's ad hoc strategies to deal with violence, AIDS. . .

**Mr. Bouchard:** We did not mention breast cancer. This is the first time a government has focused on the fight against breast cancer specifically. I believe we garnered Canadians' approval from coast to coast when we decided to allocate \$25 million to breast cancer research.

**Mr. Harvey:** These initiatives do not cost billions of dollars, but they contribute. . .

**La présidence:** Je suis désolée, monsieur Harvey, mais il y a trois autres personnes qui ont manifesté le désir de poser des questions. Vous avez eu plus de cinq minutes.

Monsieur Pagtakhan.

**M. Pagtakhan:** Merci, madame la présidente.

J'aimerais simplement poser une question à la suite de celle de M. Wilbee. Quelle est votre opinion quant au rôle que joue le gouvernement fédéral en ce qui a trait au système canadien d'approvisionnement en sang, dans la mesure où ce rôle va beaucoup plus loin que les responsabilités confiées au Bureau de biologie?



[Text]

**Mr. Bouchard:** This will be, Dr. Pagtakhan, maybe more a personal opinion than a ministerial approach. It will be easy for me to be ministerial when, three weeks from now, I won't be Minister of Health and Welfare.

The dependency role of the provinces on the federal level... they cannot simply say, on their side, we're sorry, but we want to take control or we want to... We live in a system where the provinces are responsible first. The federal level is responsible under the Food and Drugs Act because it's considered a drug; it's considered as something controlled by the rules. We will continue to do that. They will possibly encourage the provinces to give the federal level a stronger role in terms of coordinator—to the department. The provinces are very, very jealous, I would say, of their own responsibility, and that's what we will have to consider first in the way we will work with the provinces.

Having said that, the federal level is not represented on the Canadian Blood Agency. It was a surprise to me. There are certainly good reasons for it. But that's possibly something that will be re-examined to see if it would not be good and valuable that the federal level would be there in light of the responsibility we have.

**Mr. Pagtakhan:** Would you also re-examine, on another matter, Mr. Minister, the composition of the Health Protection Branch in terms of *Safety Last: The Failure of the Consumer Health Protection System in Canada*, a book by Nicholas Regush, which has just been released, indicating the failure of the health protection system, a severe indictment. One of the reasons for that indictment is that medical doctors no longer head the health protection system. Do you see that as a valid observation? What are your views on that?

**Mr. Bouchard:** First, I rarely agree with Mr. Regush, and I will certainly not agree today. As an anecdote, his own colleague from the *Gazette*, on the medication for migraines, said... I won't use the expression he used to say that if he faced a good migraine once in a while, he would not criticize the decision made in terms of that drug being available.

• 1640

I could speak for 15 minutes about what we have done in the Health Protection Branch. We have made a lot of changes in terms of the drug approval system—and the deputy minister referred to this in his answer—and in terms of the medical implants system. We have made changes, and we have made big changes in those two systems. I believe it's a very difficult part of the department, and I want to recognize the work done by this section of the Department of Health and Welfare, which is recognized as highly qualified and competent in Canada and outside of Canada. I can give you a reference to the federal drug administration. If you're in touch with the Americans they will say how highly they consider the work done.

[Translation]

**M. Bouchard:** Monsieur Pagtakhan, ma réponse s'inspirera plutôt de mon opinion personnelle que d'une position ministérielle officielle. Ce sera chose facile de prendre un air ministériel dans trois semaines, quand je ne serai plus ministre de la Santé et du Bien-être social.

Les provinces dépendent dans une certaine mesure du niveau fédéral... elles ne peuvent pas tout simplement dire: nous sommes désolées, mais nous voulons prendre le contrôle ou nous voulons... Nous vivons dans un système où les provinces sont les premières responsables. Le niveau fédéral est responsable en vertu de la Loi sur les aliments et drogues parce qu'on considère que c'est un médicament; conséquemment, on considère que le sang est visé par les règlements. Cette responsabilité fédérale sera maintenue. Il est possible qu'on encourage les provinces à confier un rôle plus important au ministère, qui pourrait agir comme coordonnateur. Les provinces gardent très jalousement leur propre responsabilité, et il faudra en tenir compte dans nos rapports de travail avec les provinces.

Cela étant dit, le niveau fédéral n'est pas représenté à l'Agence canadienne du sang. J'ai été étonné de l'apprendre. Sans doute y a-t-il de bonnes raisons qui expliquent notre absence. Mais peut-être faudrait-il réexaminer la situation pour voir si la présence du gouvernement fédéral ne serait pas utile au sein de cette agence, éventuellement, vu la responsabilité que nous avons.

**M. Pagtakhan:** Sur un autre sujet, monsieur le ministre, pourriez-vous aussi réexaminer la structure de la Direction générale de la protection de la santé à la lumière de ce qu'on en dit dans *Headship*, un livre écrit par Nicholas Ragush qui vient d'être publié et qui traite de l'échec du système de protection de la santé, ce qui est une accusation plutôt grave. L'un des raisons de cet échec, selon lui, c'est que ce ne sont plus des médecins qui sont à la tête du système de protection de la santé. Pensez-vous que cette observation est valable? Pourriez-vous nous faire part de votre point de vue à cet égard?

**M. Bouchard:** Premièrement, je suis rarement d'accord avec M. Ragush, et je ne suis certainement pas d'accord avec lui aujourd'hui. Permettez-moi de vous raconter une anecdote: son propre collègue à la *Gazette*, à propos du médicament pour les migraines, a dit... Je n'utiliserai pas l'expression qu'il a utilisée, mais il a dit que si M. Ragush souffrait d'une bonne migraine de temps en temps, il n'aurait pas critiqué la décision que nous avons prise quant à ce médicament, qui a été rendu disponible.

Je pourrais parler pendant 15 minutes de tout ce que nous avons fait au sein de la Direction générale de la protection de la santé. Nous avons apporté beaucoup de changements au système d'approbation des médicaments—et le sous-ministre y a fait allusion dans sa réponse—ainsi qu'au système d'agrément des implants médicaux. Nous avons apporté de gros changements à ces deux systèmes. Je pense que cet aspect du travail du ministère est particulièrement difficile, et je désire reconnaître le travail qui a été effectué par ce secteur du ministère de la Santé et du Bien-être social, dont la compétence et les qualifications supérieures sont reconnues au Canada comme à l'extérieur du Canada. L'administration fédérale responsable des médicaments aux États-Unis peut en témoigner, d'ailleurs; si vous avez des rapports avec les Américains, ils vous diront qu'ils ont une très haute opinion du travail effectué ici.



[Texte]

But it's difficult. There are contradictory approaches just in terms of drug approval. Dr. Gagnon said there is no sense in taking three years to approve a medication in Canada, but you know why this is so. It is the number of operations they have to do before being able to give approval. We repeat exactly what other countries did before us and are not doing any more.

I had to deal with the breast implant issue, the question of the medical implants, which, with the Hearn report, will be improved.

So I believe the Health Protection Branch is evolving in the direction that it should, keeping in mind that it doesn't have at any time the right to make a mistake; it deals with food, drugs, medication, and so on. Don't forget, in terms of many drugs, the compassionate approach you mentioned once or twice in the House of Commons we should use in a few cases was done by other people. That section of the department is probably the trickiest one in terms of management. I agree it should be changed, but in a way that it doesn't threaten the health of Canadians. I'm absolutely sure of and I endorse all that it has done since I have been Minister of Health and Welfare.

**Mr. Pagtakhan:** Speaking of management, and this is my last question, Madam Chair, I would like to see the management of public funds... Pages 58 to 60 of the 1992 Auditor General's Report noted that managers exceeded their authority in awarding contracts under the multi-year project to redesign the income security programs, and that 22 or 23 contracts examined were not managed in accordance with controls. Could the minister tell the committee, before he leaves the ministry, whether these poor management practices have been rectified now and corrected? Has there been any loss of public funds? Has the RCMP completed its investigation, as the Auditor General's Report indicated at that time?

**Mr. Bouchard:** I will have the deputy minister respond. He's really part of the department's management.

**Mr. Noreau:** First of all, the Auditor General was right. He observed that the contracting policies were not observed at that time, and that was true. The people who were involved have been dealt with. There was an investigation launched. It is not completed yet.

It's important to note, Dr. Pagtakhan, that in this unfortunate incident there was no misuse or loss of public funds. The contracting practices and policies of the Treasury Board were not respected—that is correct—but that did not lead to misuse or loss of public funds. Those practices are now being observed, you can rest assured of that.

**Mr. Pagtakhan:** Thank you.

Thank you, Madam Chair.

**The Chair:** I wonder if I could intervene here. I wonder if you could give to the members of the committee an outline of what exactly has been implemented with respect to the changes you were talking about in terms of the drug directorate and the medical devices...

[Traduction]

Mais c'est un travail difficile. Il existe des approches contradictoires simplement en ce qui a trait à l'approbation des médicaments. Le Dr Gagnon a dit que ce n'était pas sensé de prendre trois ans pour approuver un médicament au Canada, mais vous savez ce qui explique ce délai. C'est le nombre d'étapes qui précèdent l'approbation d'un médicament. Nous répétons précisément ce que d'autres pays ont fait avant nous et ne font plus.

J'ai dû m'occuper de la question des implants mammaires, des implants médicaux qui seront améliorés par suite du rapport Hearn.

Je pense, donc, que la Direction générale de la protection de la santé évolue normalement, compte tenu du fait qu'elle ne peut jamais se permettre de faire d'erreur; ses responsabilités portent sur les aliments, les drogues, les médicaments, etc. Vous avez une ou deux fois exigé à la Chambre des communes que nous adoptions une approche compatissante en ce qui a trait à plusieurs médicaments; il ne faut pas oublier que cela a été fait dans quelques cas par d'autres. Ce secteur du ministère est sans doute le plus difficile à administrer. Je suis d'accord pour dire qu'on devrait y apporter des changements, mais sans compromettre la santé des Canadiens. Cette direction générale m'inspire une confiance absolue, et j'approuve tout ce qu'elle a fait depuis que je suis devenu ministre de la Santé et du Bien-être social.

**M. Pagtakhan:** A propos d'administration, et ce sera ma dernière question, madame la présidente, j'aimerais que l'administration des fonds publics... Aux pages 65 à 68 du rapport du vérificateur général de 1992, on note que les gestionnaires ont outrepassé leurs pouvoirs en ce qui a trait aux marchés conclus dans le cadre du projet pluriannuel de remaniement des programmes de la sécurité du revenu et que 22 ou 23 marchés examinés ne respectaient pas les pratiques de contrôle. Le ministre pourrait-il dire au comité, avant de quitter son poste, si des mesures ont été prises pour corriger ces mauvaises pratiques de gestion? Ces pratiques ont-elles entraîné la perte de fonds publics? La GRC a-t-elle terminé l'enquête dont fait mention le rapport du vérificateur général à cet égard?

**M. Bouchard:** Je vais demander au sous-ministre de répondre; il fait partie de l'administration du ministère.

**M. Noreau:** Premièrement, le vérificateur général avait raison. Il a noté qu'on ne respectait pas les politiques applicables aux marchés, ce qui était vrai. Des mesures ont été prises à l'endroit des gestionnaires responsables. On a ouvert une enquête, qui n'est pas encore terminée.

Il est important de noter, monsieur Pagtakhan, que cet incident malheureux n'a pas entraîné de perte ou de détournement de fonds publics. Il est vrai que les gestionnaires ont manqué aux pratiques et politiques du Conseil du Trésor, mais cela n'a pas entraîné de détournement ou de perte de fonds publics. Ces pratiques font maintenant l'objet d'une surveillance étroite, vous pouvez en être sûr.

**M. Pagtakhan:** Merci.

Je vous remercie, madame la présidente.

**La présidente:** Je me demande si je pourrais intervenir. Pourriez-vous donner aux membres du comité un aperçu de ce qui a été mis en oeuvre exactement en ce qui a trait aux changements que vous avez mentionnés, changements qui ont été apportés au système d'approbation des médicaments et au système d'agrément des appareils médicaux...

[Text]

**Mr. Bouchard:** It's on its way, Madam Chair. It's not yet completed at both levels.

**The Chair:** I'd like to know what you're doing.

**Mr. Bouchard:** Maybe Mr. Foster can just update the two reports. It's moving now, Dr. Gagnon's report and the Ambrose Hearn report.

**Mr. Kent Foster (Assistant Deputy Minister, Health Protection Branch, Department of National Health and Welfare):** Madam Chair, I can make available a status report of where we're at. In terms of the Gagnon report, we have—if I can use the term—converted the 152 recommendations into what I would call a development plan. That plan is being put before an expert advisory committee to give us the assurance and confidence that we're making the right changes for the stakeholders involved. In fact, that happens in two days' time. The results of that could be made available in outline form.

• 1645

From the medical devices point of view and the Hearn report, we have completed, as the minister requested by April 1, a development plan. We are indeed actioning that plan as of April 1. We have received resources to deal with the backlog that has been described in the Hearn report. We have reorganized the Bureau of Medical Devices into a separate bureau, and they are indeed implementing the other recommendations.

The fundamental requirement that remains is to design a Canadian risk-based evaluation assessment system. Once that is done we would be able to reduce the numbers of medical devices that need the kind of attention that all devices get regardless of the risk they might impose. I'd be happy to provide that to the committee as well.

**The Chair:** Great. Thank you.

Michel Champagne.

**M. Champagne (Champlain):** Monsieur le ministre, votre budget des dépenses est de 36,2 milliards de dollars. Est-ce que cela inclut les transferts aux provinces?

**M. Bouchard:** Monsieur Champagne, à 95 p. 100, ce ne sont que des transferts aux provinces et aux individus.

**M. Champagne:** Les transferts se font-ils au fonds consolidé des provinces?

**M. Bouchard:** Oui, au fonds consolidé.

**M. Noreau:** Je voudrais préciser que ce que vous trouvez dans les prévisions budgétaires principales, ce n'est que la partie des transferts en espèces, et non pas la partie des points d'impôt.

**M. Champagne:** Eh bien, les points d'impôt, c'est relatif, mais les transferts en espèces vont au fonds consolidé, n'est-ce pas?

**M. Noreau:** Oui.

**M. Champagne:** Au niveau du fonds consolidé, est-ce que votre ministère a un contrôle relatif sur la façon dont ces sommes-là peuvent être dépensées dans une province donnée?

[Translation]

**M. Bouchard:** Ces changements sont en cours, madame la présidente. Ils ne sont pas encore terminés, dans les deux cas.

**La présidence:** J'aimerais savoir ce que vous faites.

**M. Bouchard:** Peut-être M. Foster pourrait-il vous faire une mise à jour à propos de ces deux rapports. Ces rapports sont en cours de rédaction, celui du Dr Gagnon et le rapport Ambrose Hearn.

**M. Kent Foster (sous-ministre adjoint, Direction générale de la protection de la santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social):** Madame la présidente, je peux vous faire un rapport d'étape. Pour ce qui est du rapport Gagnon, nous avons utilisé les 152 recommandations pour élaborer ce que j'appellerais un plan de développement. Ce plan sera soumis à un comité consultatif d'experts, car nous voulons nous assurer que les changements que nous allons apporter au système seront faits à bon escient, dans l'intérêt des intervenants concernés. Cela doit avoir lieu dans deux jours, de fait. Nous pourrions vous fournir un résumé des résultats de cette analyse.

En ce qui a trait aux appareils médicaux et au rapport Hearn, nous avons terminé la préparation d'un plan de développement pour le 1<sup>er</sup> avril, comme le ministre l'avait demandé. Ce plan a, d'ailleurs, été mis en oeuvre le 1<sup>er</sup> avril. On nous a affecté des ressources pour traiter l'arriéré qui est décrit dans le rapport Hearn. Nous avons réorganisé les choses pour faire du Bureau des instruments médicaux un bureau séparé, et il met en oeuvre les autres recommandations.

Il reste, parmi les exigences fondamentales identifiées, à concevoir un système canadien d'évaluation fondé sur le risque. Une fois ce système mis en place, nous pourrions réduire le nombre d'instruments médicaux qui sont évalués, car tous sont évalués sans qu'on tienne compte des dangers potentiels qu'ils posent. Je serais heureux d'en fournir aussi un exemplaire au comité.

**La présidence:** Très bien. Merci.

Michel Champagne.

**Mr. Champagne (Champlain):** Minister, your estimates total \$36.2 billion. Does that include provincial transfer payments?

**Mr. Bouchard:** Mr. Champagne, 95% of that budget is made up of nothing but transfer payments to provinces and to individuals.

**Mr. Champagne:** Are these transfers made to the provinces' consolidated funds?

**Mr. Bouchard:** Yes, to their consolidated funds.

**Mr. Noreau:** Allow me to add that what one finds in the main estimates are only cash transfers, and not tax points.

**Mr. Champagne:** Tax points are relative, but cash transfers are made to the consolidated fund, if I am not mistaken.

**Mr. Noreau:** Yes.

**Mr. Champagne:** And at the level of the consolidated fund, does your department have some kind of relative control over how these sums may be spent by a given province?



[Texte]

**M. Bouchard:** Ce sont des transferts qui sont faits aux provinces. Si je me rappelle bien, c'est en 1977-1978 que M. Trudeau a permis que ces transferts-là ne soient pas soumis à l'*accountability*, ne soient pas contrôlés. On transfère des sommes aux provinces. Dans les domaines de l'éducation et de la santé, ce sont les provinces qui, officiellement, appliquent ces sommes-là à la santé et à l'éducation.

Quand j'étais secrétaire d'État, il y avait deux provinces qui avaient utilisé l'argent pour faire des ponts. Ce n'était pas du tout pour l'éducation. Officiellement, elles ont le droit de faire cela puisque le gouvernement précédent avait décidé qu'elles n'étaient pas obligées d'être imputables en termes de dépenses.

**M. Champagne:** Si je me souviens bien, à moins d'erreur de ma part, le vérificateur général, dans son dernier rapport, a critiqué la façon dont le gouvernement fédéral, par le biais des transferts pour les programmes établis, gère son argent. Le vérificateur disait que le gouvernement ne savait pas exactement où allaient les fonds, sans nommer votre ministère en particulier. Dans une province, on pouvait décider de consacrer aux routes l'argent qui devait normalement être dévolu à la santé. Dans une autre province, on pouvait affecter cet argent aux ponts ou à l'agriculture.

On parle de saine gestion. Est-il envisageable que votre ministère puisse s'assurer que l'effort fait par le gouvernement fédéral pour les soins de santé ou les programmes connexes aux soins de santé soit appuyé par une meilleure gestion, et s'assurer également que les fonds seront bel et bien consacrés à ce pour quoi les impôts ont été prélevés, pour éviter que nous nous fassions reprocher par la suite de diminuer régulièrement notre aide aux provinces en matière de soins de santé?

**M. Bouchard:** Je vais laisser le sous-ministre répondre à cette question. Il aura sûrement quelque chose à dire.

Je peux dire que, premièrement, vous allez devoir rouvrir toute la question des transferts. Cependant, vous savez qu'en juin dernier, il y a eu une rencontre des ministres des Finances et des ministres de la Santé des provinces et du fédéral. Actuellement, il y a une réévaluation de la méthode de transfert, non seulement pour le FPE, mais aussi pour la péréquation. On examine la possibilité de tout réviser. Est-ce qu'on reviendra à l'imputabilité au niveau des provinces pour les fonds? Je ne le sais pas. Je pense, et c'est une opinion personnelle, que les provinces vont se battre à mort contre cela, mais c'est à voir. Actuellement, ce n'est pas possible.

• 1650

**M. Noreau:** J'ai deux brèves remarques sur les transferts dans le domaine de la santé.

Premièrement, les transferts se font quand même dans le cadre de la Loi canadienne sur la santé. Vous allez me dire que c'est un cadre large et interprétable, mais néanmoins, c'est un cadre de politique qui guide les dix provinces.

Les transferts varient aussi. On a le FPE et le Régime d'assistance publique du Canada, où on a des dollars de 50 cents; les dépenses sont partagées à 50-50.

[Traduction]

**Mr. Bouchard:** These are transfers that are made to the provinces. If I remember correctly, it was in 1977-78 that Mr. Trudeau lifted the accountability requirement from those transfer payments and thus exempted them from federal control. We transfer sums of money to the provinces. The provinces are officially responsible for applying those sums to expenditures in the areas of health and education.

When I was Secretary of State, two provinces had used the money to build bridges. The purpose for which the money was used had nothing to do with education. Officially, they have the right to do that, since the previous government decided that they were not accountable for those expenditures.

**Mr. Champagne:** If I am not mistaken, and if I remember correctly, the Auditor General in his last report criticized the way in which the federal government managed its money with regard to transfers for established programs. The Auditor General stated that the government did not know exactly where those funds were going, without naming your department specifically. A province can apparently decide to use funds that should normally be spent on health to repair or build roads. Another province may allocate that money to bridges or agriculture.

We are talking about sound management. Would it be possible for your department to try to see to it that federal funds that are supposed to be allocated to health care or related programs be the object of better management; could it also ensure that the funds will be spent in the areas for which the taxes were collected, so that we may, in future, avoid being accused of reducing, on a regular basis, the transfer payments we provide to provinces for health care?

**Mr. Bouchard:** I will let the deputy minister answer that question; I'm sure he has something to say.

I might say though, before that, that you are going to have to revisit the whole issue of transfer payments. You know that last June there was a meeting of federal and provincial ministers of Finance and of Health. At this time, transfer methods are being reassessed, not only in the area of established programs financing, but also with regard to equalization payments. The possibility of revamping everything is being considered. Will we go back to holding provinces accountable for these funds? I do not know. I think, and this is a personal opinion, that the provinces will fight to the death to avoid that, but we will have to wait and see. That would not be possible at the present time.

**Mr. Noreau:** I have two brief comments to make on transfer payments for health care.

Firstly, these transfers are governed by the Canada Health Act. You will say that that is a broad framework that is open to interpretation, but it is nevertheless a policy framework that guides the ten provinces.

Also, there are various types of transfer payments. There is the EPF and the Canada Assistance Plan, for which we contribute 50-cent dollars, since expenses are shared equally, on a 50-50 basis.



**[Text]**

Votre référence au rapport du vérificateur général portait surtout sur les contributions que le gouvernement fédéral fait à des tierces parties, en particulier dans le cadre de programmes de l'ACDI, par exemple. Là l'imputabilité se perd effectivement. Dans le cas du FPE, c'est la loi que les parlementaires ont adoptée qui dit que ces sommes d'argent sont essentiellement inconditionnelles, puisqu'elles appuient une compétence provinciale.

Cependant, la question du vérificateur général nous touche sous un autre angle, c'est-à-dire dans le cas d'un certain nombre de contributions que nous faisons aux autochtones, aux bandes autochtones, aux organisations autochtones. Dans certains cas, l'imputabilité devient un peu. . .

**Mr. Bouchard:** C'est ce qu'il avait en tête. Je pense que le vérificateur général pensait surtout aux transferts que nous faisons aux autochtones. Mais le sous-ministre a parfaitement raison: dans ce domaine-là, les choses sont extrêmement délicates en termes d'opérations, parce qu'on se bute constamment aux traités, à la responsabilité des Affaires indiennes, bref à toutes sortes de complexités administratives.

**Mr. Wilbee:** Just a couple of questions on research funding. First of all, can you tell me how much money will go into research in the coming year?

**Mr. Bouchard:** We have two sources of funding. We have the Medical Research Council, which is \$235 million, and we have NHRDP at \$20 million. That is the money we put in. If you look at the AIDS strategy, we have a few dollars there too, but the main sources are MRC particularly and the NHRDP, which is the internal operation of the Department of Health and Welfare.

**Mr. Noreau:** If I may add, Dr. Wilbee, in many of these initiatives, such as AIDS or children, there is a component in most of these things that is research or maybe it's a bit closer to the development end of R and D. We have not compiled all those nickels and dimes or parts of programs that can be labelled as research with a capital or a small *r*. We could do that, if you wish, but the main funding is the Medical Research Council and the NHRDP.

**Mr. Wilbee:** That's good; you've answered my second question: How is it broken down between the organizations?

The third question I would have is. . . I understand how the MRC hands out their funding on this other \$20 million. Is this sort of as need arises, for example, the breast cancer research? Is that coming out of MRC or is that out of your department?

**Mr. Noreau:** I can start while Dr. Friesen comes to the table.

**[Translation]**

The comment in the Auditor General's report which you referred to was mostly focused on contributions the federal government makes to third parties, in the context of CIDA programs, for instance. It is true that accountability is lost in those cases. But where EPF is concerned, it is the law passed by parliamentarians that states that there are basically no conditions attached to those funds, since they are made to support an area of provincial jurisdiction.

However, the Auditor General's comment applies to us in another area, i.e. in the case of a certain number of contributions we make to Aboriginals, to native bands and organizations. In some cases, accountability is somewhat. . .

**Mr. Bouchard:** That is what he had in mind. I think that the Auditor General was referring mainly to the transfers we make to Aboriginals. The deputy minister is absolutely correct: in that area, things are extremely delicate from the operational perspective, because we are constantly coming up against treaties, the responsibilities of Indian Affairs, and all kinds of administrative complexities.

**Mr. Wilbee:** Je n'aurais qu'une ou deux questions à vous poser sur le financement de la recherche. Premièrement, pouvez-vous me dire quelles sommes seront consacrées à la recherche dans l'année qui vient?

**Mr. Bouchard:** Nous avons deux sources de financement. Il y a le Conseil de recherches médicales, qui dispose de 235 millions de dollars, et le Programme national de recherche et de développement en matière de santé, qui dispose de 20 millions de dollars. Ce sont les fonds que nous contribuons. Nous avons aussi affecté des fonds à l'initiative contre le sida, mais les sources principales de financement sont surtout le Conseil de recherches médicales et le Programme national de recherche et de développement en matière de santé, au sein du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

**Mr. Noreau:** J'ajouterais, monsieur Wilbee, que plusieurs de ces initiatives, comme celle contre le sida ou celle qui vise à améliorer la vie des enfants, contiennent un volet recherche ou une composante qui se rapproche peut-être un peu plus de l'élément développement de la recherche et du développement. Nous n'avons pas encore fait le total de toutes ces petites sommes ou parties de programmes qui pourraient être regroupées sous la rubrique «recherche», qu'on l'épelle avec un *R* majuscule ou un *r* minuscule. Nous pourrions le faire, si vous le désirez, mais ce sont surtout le Conseil de recherches médicales et le Programme national de recherche et de développement en matière de santé qui financent la recherche.

**Mr. Wilbee:** C'est bien, vous avez répondu à ma deuxième question, qui était: pouvez-vous nous donner le détail des organisations en cause?

La troisième question que je voudrais poser. . . Je comprends comment le Conseil de recherches médicales attribue son financement. . . quant à ces 20 autres millions. . . Sont-ils attribués au fil des besoins qui émergent, comme, par exemple, dans le cas de la recherche sur le cancer du sein? Ces fonds proviendront-ils du budget du Conseil de recherches médicales ou de votre ministère?

**Mr. Noreau:** Je pourrais commencer pendant que M. Friesen vient s'installer à la table.

[Texte]

In the case of breast cancer, it is \$25 million over five years, and it is a mix of Medical Research Council allocated money—Dr. Friesen will give the number precisely—and some internal allocation of NHRDP that we've made for this purpose. The NHRDP allocation process is a peer review, sophisticated kind of assessment of the proposals coming from the academic community. It is not as need arises; it is as proposals come in. However, in some cases we can influence the priority order of these things, which was done in the case of breast cancer.

[Traduction]

Dans le cas du cancer du sein, on a alloué une somme de 25 millions de dollars sur cinq ans, qui proviendra en partie du Conseil de recherches médicales—M. Friesen vous donnera les chiffres exacts—et en partie de crédits internes du Programme national de recherche et de développement en matière de santé que nous avons mis de côté à cette fin. Quant au PNRDS, les membres de la communauté universitaire lui soumettent des propositions, qui font l'objet d'une évaluation assez complexe effectuée par un groupe de pairs. Les fonds ne sont pas octroyés en vertu des besoins qui émergent; plutôt, le programme choisit de financer certaines propositions de recherche parmi celles qui lui sont soumises. Toutefois, dans certains cas nous pouvons influencer la priorité qu'on accorde à certains domaines, et c'est ce qui s'est passé dans le cas du cancer du sein.

• 1655

**The Chairman:** Dr. Friesen.

**Dr. Henry Friesen (President, Medical Research Council of Canada):** For the breast cancer research fund, the federal government's contribution is \$20 million, \$10 million over... \$2 million per year from MRC over five and NHR Health and Welfare through NHRDP, an equivalent amount. Challenges to the private sector and in partnership with the National Cancer Institute, the expectation is that in aggregate there will be \$45 million—plus available for breast cancer research.

**Le président:** Monsieur Friesen.

**M. Henry Friesen (président, Conseil de recherches médicales du Canada):** La contribution du gouvernement fédéral au fonds de recherche sur le cancer du sein s'élevait à 20 millions de dollars, ou 10 millions de dollars sur... Le Conseil de recherches médicales a contribué deux millions de dollars par année sur une période de cinq ans, et une somme équivalente proviendra du Programme national de recherche et de développement en matière de santé du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. Nous prévoyons qu'avec les contributions qui seront sollicitées du secteur privé et l'apport de l'Institut national du cancer, on pourra consacrer plus de 45 millions de dollars à la recherche sur le cancer du sein.

**Mr. Wilbee:** Just following up on a question that you answered in the House today on Bill C-91, can you tell us how much research money Bill C-91 has brought into the country since it was passed or promised?

**M. Wilbee:** Pour faire suite à la réponse que vous avez donnée à une question posée à la Chambre aujourd'hui à propos du projet de loi C-91, pouvez-vous nous dire quelles sommes ont été investies dans la recherche au Canada à la suite de l'adoption du projet de loi C-91?

**Mr. Bouchard:** I'd be delighted.

**M. Bouchard:** Je serais ravi de vous le dire.

It gives me the opportunity to say, Madam Chair, that Dr. Friesen did a wonderful job with MRC. I believe the new strategy... it is always possible to have the new direction at MRC as determined. Actually, Dr. Friesen discussed agreements with the private sector following passage of Bill C-91.

Cela me donne l'occasion de dire, madame la présidente, que M. Friesen a fait un excellent travail en tant que président du Conseil de recherches médicales. Je crois que la nouvelle stratégie... On pourra mettre en oeuvre les nouvelles orientations du Conseil de recherches médicales, tel que prévu. De fait, M. Friesen a discuté d'ententes possibles avec le secteur privé après l'adoption du projet de loi C-91.

Last week in Toronto we made the announcement of at least \$200 million by the private sector, by the pharmaceutical industry, PMAC, in research through the Medical Research Council, where we will apply exactly the process used by the Medical Research Council. This is the peer evaluation approach, and it was paramount, I believe, in terms of credibility, that it won't just be what the companies want to do, and so on. It flows from the MRC, and the same mechanisms that the MRC used will be used, if you want to complete... in terms of your discussion and so on. The research community was very happy with the announcement last week.

La semaine dernière, à Toronto, nous avons annoncé que le secteur privé, l'Association canadienne de l'industrie du médicament, notamment, allait contribuer au moins 200 millions de dollars à la recherche; cette somme sera répartie par le Conseil de recherches médicales, qui utilisera son processus d'évaluation par les pairs pour choisir les projets de recherche qui recevront ces subventions. Je pense que le recours à ce processus de sélection est essentiel à la crédibilité de la recherche qui sera effectuée à l'aide de ce financement, car il garantit que ce ne seront pas les sociétés qui décideront des projets et qui orienteront la recherche. Le processus sera administré par le Conseil de recherches médicales, qui utilisera les mêmes mécanismes que pour ses propres subventions. J'ai pensé que ces détails pourraient vous intéresser. La communauté des chercheurs était très heureuse de cette nouvelle, que nous lui avons communiquée la semaine dernière.



[Text]

**Dr. Friesen:** The minister has pointed out the strategic plan that was launched publicly in early February—Envisaged Partnerships. The PMAC/MRC health partnership is, I think, one of those expressions of intent. We look forward to forging other partnerships. In truth the breast cancer research fund is another one. We see other opportunities that will arise.

Additionally, the major thrust of the research initiative is to broaden our vision to embrace health research, the issue that was addressed at today's committee hearing especially. With the recognition of the tremendous pressure that the health care system is under, we believe the MRC and others can contribute important research answers that will define some of the difficulties that have arisen.

There's continued commitment to enrich the opportunities in biomedical research, while the third theme of our strategic plan is that we pledge and commit ourselves to be more accountable fiscally, ethically and scientifically.

**Mr. Pagtakhan:** Thank you, Dr. Friesen. Certainly I have read the strategic plan of the MRC and I have been most impressed with the thrust that you have indicated and reiterated again in the full range of health research, including health care delivery research.

My question is, would you need any seed money to immediately initiate some of these new visions?

**Dr. Friesen:** Dr. Pagtakhan, you've raised an important question. I think the timing of it is somewhat premature. We have launched a series of advisory committees. The major one that will address this issue is the health research task force chaired by Dr. Watanabe, former dean of medicine at Calgary.

This task force is just getting under way. We have internally, within the administrative structure of MRC, sufficient resources, in my view, to engage in an appropriate scholarly inquiry as to the need and the direction. It may well be that after their recommendations come forward additional resources will be required. As well, we recognize the provincial jurisdiction in the health delivery field and have begun discussions with the provinces to see whether in partnership again we cannot foresee marshalling the resources that will be required to do the job.

• 1700

**Mr. Pagtakhan:** When do you anticipate the report may be forthcoming, Dr. Friesen?

**Dr. Friesen:** The task force has been given a year, which began in March and April, so I believe a year hence we will be in a position to outline our vision of the program needs that should be implemented.

**Mr. Pagtakhan:** Thank you.

[Translation]

**M. Friesen:** Le ministre a fait allusion au plan stratégique qui a été lancé publiquement au début de février et aux partenariats envisagés. Le partenariat en matière de santé de l'Association canadienne de l'industrie du médicament et du CRM est une manifestation concrète des intentions du plan stratégique. Nous sommes heureux d'envisager la création d'autres partenariats. À vrai dire, le fonds de recherche sur le cancer du sein en est un autre. Nous prévoyons d'autres occasions pour l'avenir.

De plus, l'objectif principal de l'initiative de recherche est d'élargir notre vision pour inclure la recherche en matière de santé, sujet sur lequel la séance du comité d'aujourd'hui a porté en grande partie. Vu les pressions énormes qui s'exercent sur le système de soins de santé, nous pensons que le CRM, en collaboration avec d'autres, pourra fournir, par les résultats de sa recherche, d'importantes réponses qui aideront à cerner certaines des difficultés que nous éprouvons.

Nous poursuivons notre engagement à l'égard de la recherche biomédicale, où nous voulons voir les occasions se multiplier, et le troisième thème de notre plan stratégique, c'est que nous nous engageons sur la voie d'une plus grande responsabilité financière, éthique et scientifique.

**M. Pagtakhan:** Merci, monsieur Friesen. J'ai lu le plan stratégique du CRM, et j'ai été fort impressionné par l'ampleur de son engagement, qui porte sur toute la gamme des domaines de recherche en matière de santé, comme vous l'avez répété ici aujourd'hui, y compris la recherche sur la prestation des soins de santé.

Ma question est la suivante: aurez-vous besoin, dans l'immédiat, de capitaux de lancement pour commencer à concrétiser certains éléments de cette nouvelle vision?

**M. Friesen:** Monsieur Pagtakhan, vous soulevez une question importante. Je pense, toutefois, qu'elle est légèrement prématurée. Nous avons créé une série de comités consultatifs. C'est le groupe de travail sur la recherche en matière de santé qui aura la responsabilité d'examiner ce domaine, essentiellement; il sera présidé par le Dr Watanabe, ancien doyen de la faculté de médecine à Calgary.

Ce groupe de travail commence à peine à s'organiser. Au sein de la structure administrative du CRM, nous avons suffisamment de ressources à l'interne, je pense, pour pouvoir effectuer une bonne enquête scientifique sur les besoins en matière de recherche et les orientations à donner à la recherche. Quand ce groupe de travail aura déposé ses recommandations, peut-être faudra-t-il trouver des ressources additionnelles. De plus, compte tenu du fait que les soins de santé relèvent de la compétence provinciale, nous avons entamé des discussions avec les provinces pour voir si, dans le cadre d'un partenariat, encore une fois, nous ne pourrions pas envisager de prévoir les ressources nécessaires pour effectuer ce travail.

**M. Pagtakhan:** Quand ce rapport sera-t-il prêt, selon vous, monsieur Friesen?

**M. Friesen:** Le groupe de travail dispose d'une année pour effectuer son étude, qui a commencé en mars et en avril, et je crois donc que dans un an nous pourrions vous donner les grandes lignes des besoins en matière de programmes de recherche.

**M. Pagtakhan:** Merci.



[Texte]

One last point. Where is the children's bureau today?

**Mr. Bouchard:** It's at the Department of Health. . . Do you mean here?

**Mr. Pagtakhan:** Yes. The activities. . . are you satisfied with it?

**Mr. Bouchard:** They have been one of the main factors, I believe, for the strategy we put forward last year. They're working hard on the protocols with the provinces. Brian Ward, who is the director of the bureau, and his people have done a lot to develop the promotion and protection side of the agreement. It is more than the tax system that has been done differently. They're very active. The strategy itself, I would say, is accepted by about 75%, 80% of Canadians. They have a lot of work and they're doing that well.

**Mr. Pagtakhan:** Thank you.

**The Chair:** Just one last thing. A number of members of Parliament, as well as constituents, have asked me about this.

There is no status of men committee here, so men are worried that prostate cancer is being neglected. I'm wondering if you could just briefly comment about that.

**Dr. Friesen:** You're quite right in observing the importance of prostate cancer. It's a very significant killer of males in Canada and throughout the world.

The MRC is supporting a series of research projects in this area. Some world leadership has been shown by, I think, the director of one of our flagship programs, Dr. Labrie, and his group at Laval University. They have introduced a new and improved method for treatment that has captured world-wide attention and interest.

I think in some sectors of this disease we are making important inroads. Clearly the bottom line result still is entirely unsatisfactory. We believe research is the route to finding those solutions.

**The Chair:** Good. Thank you.

Thank you very much, Mr. Minister.

**Mr. Bouchard:** Thank you, everybody.

**The Chair:** The meeting is adjourned.

[Traduction]

Un dernier point. Où en est le Bureau de l'enfance aujourd'hui?

**M. Bouchard:** Il est au ministère de la Santé. . . Que voulez-vous dire?

**M. Pagtakhan:** Ses activités. . . en êtes-vous satisfait?

**M. Bouchard:** Ce bureau a été l'un des moteurs principaux, je pense, de la stratégie que nous avons énoncée l'an dernier. Ils travaillent fort à mettre au point les protocoles avec les provinces. Brian Ward, le directeur du bureau, et ses adjoints ont bien développé l'élément promotion et protection de l'entente. Les changements touchent beaucoup plus de secteurs que le simple système fiscal. Le bureau est très actif. La stratégie elle-même est acceptée par 75 ou 80 p. 100 des Canadiens, selon moi. Le bureau a beaucoup de pain sur la planche, et il fait bien son travail.

**M. Pagtakhan:** Merci.

**La présidence:** Une dernière chose. Un certain nombre de députés et d'électeurs m'ont posé des questions à ce sujet.

Il n'existe pas de comité du statut de l'homme, et les hommes s'inquiètent qu'on néglige le cancer de la prostate. Pourriez-vous nous faire part de vos commentaires à ce sujet?

**M. Friesen:** Vous avez tout à fait raison de faire ressortir l'importance du cancer de la prostate. C'est une maladie qui tue un grand nombre d'hommes au Canada et partout dans le monde.

Le CRM finance une série de projets de recherche dans ce domaine. Le directeur d'un de nos principaux programmes, le Dr Labrie, et son groupe de l'Université Laval sont à l'avant-garde de la recherche dans ce domaine, à l'échelle mondiale. Son groupe a mis au point une nouvelle méthode de traitement améliorée qui a suscité l'attention et l'intérêt du monde entier.

Je pense que nous faisons des percées importantes quant à certains aspects de cette maladie. Il faut bien admettre, toutefois, que les résultats dans leur ensemble continuent d'être peu satisfaisants. Nous pensons que c'est la recherche qui fournira ces solutions.

**La présidence:** Bien. Merci.

Merci beaucoup, monsieur le ministre.

**M. Bouchard:** Merci à vous tous.

**La présidence:** La séance est levée.







**MAIL  POSTE**

Canada Post Corporation/Société canadienne des postes

Postage paid

Port payé

**Lettermail**

**Poste — lettre**

**K1A 0S9  
Ottawa**

*If undelivered, return COVER ONLY to:  
Canada Communication Group — Publishing  
45 Sacré-Cœur Boulevard,  
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9*

*En cas de non-livraison,  
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:  
Groupe Communication Canada — Édition  
45 boulevard Sacré-Cœur,  
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9*

**WITNESSES**

*From Health and Welfare Canada:*

Scott Serson, Associate Deputy Minister;

Jean-Jacques Noreau, Deputy Minister;

Orval Marquardt, Director General, Departmental Planning and  
Financial Administration, Corporate Services Branch;

Dr. Henry Friesen, President, Medical Research Council of  
Canada;

Kent Foster, Assistant Deputy Minister, Health Protection Branch;

Dr. Don Ogston, Director General, Social Development Director-  
ate, Health and Social Programs Branch.

**TÉMOINS**

*De Santé et Bien-être social Canada:*

Scott Serson, sous-ministre délégué;

Jean-Jacques Noreau, sous-ministre;

Orval Marquardt, directeur général, Direction de la planification  
ministérielle et de l'administration financière, Directeur  
général de la gestion ministérielle;

D<sup>r</sup> Henry Friesen, président, Conseil de recherches médicales du  
Canada;

Kent Foster, sous-ministre adjoint, Direction générale de la  
protection de la santé;

D<sup>r</sup> Don Ogston, directeur général, Direction du développement so-  
cial, Direction de la santé et des programmes sociaux.

CA 1  
XC 28  
-H39  
Issue 21



HOUSE OF COMMONS  
CANADA

# **BREAKING THE SILENCE ON THE ABUSE OF OLDER CANADIANS: EVERYONE'S CONCERN**



**REPORT OF THE STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND  
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS AND THE STATUS OF WOMEN**

**BARBARA GREENE, M.P.  
CHAIR**

**EDNA ANDERSON, M.P.  
CHAIR  
SUB-COMMITTEE ON SENIOR CITIZENS HEALTH ISSUES**

**June 1993**





**BREAKING THE SILENCE  
ON THE ABUSE OF OLDER CANADIANS:  
EVERYONE'S CONCERN**

**REPORT OF THE STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND  
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS AND THE STATUS OF WOMEN**

**BARBARA GREENE, M.P.  
CHAIR**

**EDNA ANDERSON, M.P.  
CHAIR  
SUB-COMMITTEE ON SENIOR CITIZENS HEALTH ISSUES**

**June 1993**



HOUSE OF COMMONS

Issue No. 21

Chair: Barbara Greene

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 21

Présidence: Barbara Greene

*Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on*

*Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la*

## Health and Welfare, Social Affairs, Senior and the Status of Women

## Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième âge et de la Condition féminine

### RESPECTING:

consideration of the First Report of the Sub-Committee on Senior Citizens Health Issues

### INCLUDING:

seventh report to the House: Breaking the Silence on the Abuse of Older Canadians: Everyone's Concern

### CONCERNANT:

Étude du premier rapport du Sous-comité sur les questions de santé concernant les personnes âgées

### Y COMPRIS:

Septième rapport à la Chambre: Rompre le silence sur les mauvais traitements infligés aux Canadiens âgés : la responsabilité de tous

Third Session of the Thirty-fourth Parliament,  
1991-92-93

Troisième session de la trente-quatrième législature,  
1991-1992-1993



STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND WELFARE,  
SOCIAL AFFAIRS, SENIORS AND THE STATUS OF  
WOMEN

*Chair:* Barbara Greene

*Vice-Chairmen:* Rey Pagtakhan  
Jean-Luc Joncas

Members

Edna Anderson  
Barbara Greene  
Jean-Luc Joncas  
Jim Karpoff  
Rey Pagtakhan  
Bobbie Sparrow  
David Walker  
Stan Wilbee—(8)

(Quorum 8)

Eugene Morawski

*Clerk of the Sub-Committee*

SUB-COMMITTEE ON SENIOR CITIZENS HEALTH ISSUES  
OF THE STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND  
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS AND THE STATUS  
OF WOMEN

*Chairman:* Edna Anderson

*Vice-Chairman:* Lawrence MacAulay

Members

Bruce Halliday  
Neil Young—(4)

(Quorum 3)

Eugene Morawski

*Clerk of the Sub-Committee*

Nancy Miller Chenier  
*Research Branch*  
*Library of Parliament*

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE  
SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES, DU TROISIÈME ÂGE  
ET DE LA CONDITION FÉMININE

*Présidence:* Barbara Greene

*Vice-présidents:* Rey Pagtakhan  
Jean-Luc Joncas

Membres

Edna Anderson  
Barbara Greene  
Jean-Luc Joncas  
Jim Karpoff  
Rey Pagtakhan  
Bobbie Sparrow  
David Walker  
Stan Wilbee—(8)

(Quorum 8)

*Le greffier du Sous-comité*

Eugene Morawski

SOUS-COMITÉ DES QUESTIONS DE SANTÉ  
CONCERNANT LES PERSONNES ÂGÉES DU COMITÉ  
PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL,  
DES AFFAIRES SOCIALES, DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA  
CONDITION FÉMININE

*Président:* Edna Anderson

*Vice-président:* Lawrence MacAulay

Membres

Bruce Halliday  
Neil Young—(4)

(Quorum 3)

*Le greffier du Sous-comité*

Eugene Morawski

Nancy Miller Chenier  
*Service de recherche*  
*Bibliothèque du Parlement*

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women has the honour to present its

## **SEVENTH REPORT**

In accordance with its mandate under Standing Order 108(1), your Committee established a Sub-Committee and assigned it the responsibility of examining the subject of elderly abuse.

The Sub-Committee submitted its First Report to the Committee.

Your Committee adopted the following Report which reads as follows:





# TABLE OF CONTENTS

---

<b>LIST OF RECOMMENDATIONS</b> .....	ix
<b>BREAKING THE SILENCE</b> .....	1
<b>INTRODUCTION</b> .....	5
<b>WHAT IS THE NATURE AND SCOPE OF THE PROBLEM?</b> .....	9
I    THE ISSUE OF DEFINITION .....	9
II   RISK FACTORS FOR ABUSE .....	12
III  THE MAGNITUDE OF THE PROBLEM .....	16
<b>WHAT IS BEING DONE AND WHAT MORE CAN BE DONE?</b> .....	21
IV   FEDERAL INITIATIVES .....	21
V    EDUCATION .....	22
A.  Educating Seniors .....	24
B.  Educating Children and Adolescents .....	25
C.  Educating Service Providers .....	27
D.  Educating the Community .....	30
E.  Educating Informal Caregivers .....	33
VI   SERVICES .....	33
A.  General Elder Abuse Services .....	34
B.  Advocacy Services .....	37
C.  Emergency Services .....	39
VII  LEGAL SAFEGUARDS FOR THE VULNERABLE OLDER PERSON .....	40
A.  Criminal Code .....	40
B.  Adult Protection Legislation .....	42
C.  Guardianship Legislation .....	44
VIII EVALUATING WHAT WORKS .....	45
<b>SOCIAL, LEGAL AND MEDICAL SOLUTIONS</b> .....	49
<b>APPENDIX A — Referral Form for Delmarva Power Gatekeeper           Program</b> .....	51
<b>APPENDIX B — List of Witnesses</b> .....	53
<b>APPENDIX C — List of Individuals Consulted in Washington, D.C.</b> ..	57



# LIST OF RECOMMENDATIONS

---

## I THE ISSUE OF DEFINITION

The Committee recommends:

1. That the federal government in its literature and programs take the lead in establishing consistent usage and common understanding of elder abuse terminology.
2. That any definitions used be tested in various settings across Canada to evaluate their appropriateness for different disciplines and cultures.

## II RISK FACTORS FOR ABUSE

The Committee recommends:

3. That the federal government, through the relevant existing federal bodies, provide funding for research aimed at identifying the risk factors for abuse of the elderly in order to develop more focused and targeted prevention interventions.
4. That a portion of this funding be for longitudinal studies aimed at understanding risk factors. This should include studies to clarify the experience of the elderly who are victims of abuse; to determine the role of childhood factors for both the abuser and the abused in cases of abuse toward the elderly; to understand the link between abusive acts toward the elderly and other forms of violence; to expose any link between social factors such as poverty, substance abuse, unemployment, and abuse of the elderly.



### **III THE MAGNITUDE OF THE PROBLEM**

**The Committee recommends:**

- 5. That the federal government, through the Canadian Centre for Justice Statistics and Statistics Canada, undertake a national survey to collect accurate data on the abuse in Canada of men and women over 65 years of age.**
- 6. That this national survey be followed by regular data collection in other national surveys to determine if the problem is changing over time.**
- 7. That data on the extent and nature of abuse in institutional settings be collected as part of any national survey.**

### **IV FEDERAL INITIATIVES**

**The Committee recommends:**

- 8. That the federal government, through its Interdepartmental Steering Committee set up to coordinate the Family Violence Prevention Initiative, make public the activities related to abuse of the elderly undertaken to date by all departments including the amount of money allocated to each.**
- 9. That the federal government continue to promote partnerships among federal departments, among different levels of government and within the community to address the abuse of older Canadians and that these partnership efforts be supported with appropriate levels of funding.**
- 10. That the federal government ensure that older Canadians representing both sexes and of different ages and ethnicity serve as members of advisory committees.**

## **V EDUCATION**

**The Committee recommends:**

- 11. That the federal government, through the relevant federal departments, take the lead in developing and disseminating multimedia educational materials aimed at preventing elder abuse. These materials should be developed in consultation with various target groups and should be based on knowledge of what is most effective for each group.**

### **A. Educating Seniors**

**The Committee recommends:**

- 12. That the federal government, through the Canadian Radio-Television and Telecommunications Commission, develop guidelines on advertising aimed at older people to provide positive images of aging.**
- 13. That the federal government, through the National Advisory Council on Aging, work with the Canadian Bankers Association to facilitate and to promote direct deposit for regular monthly payments such as pensions and for irregular payments such as income tax refunds.**

### **B. Educating Children and Adolescents**

**The Committee recommends:**

- 14. That the federal government, through the relevant federal departments and from their existing budgets, provide funding and evaluation support for educational endeavours on positive images of aging aimed at children and adolescents; and that this funding constitute 10% of the total amount targeted to education of children and adolescents.**

15. That the federal Minister of State for Seniors, through the Council of Ministers of Education, liaise with the provincial ministers of education with a view to ensuring that education related to prevention of elder abuse is incorporated in provincial curriculums.

### **C. Educating Service Providers**

**The Committee recommends:**

16. That the federal government, through the relevant federal departments and in consultation with other levels of government, work in a coordinated way with the national and provincial organizations responsible for standard-setting and education for physicians, nurses, social workers, police, bankers, lawyers and other service providers in developing guidelines to enhance their ability to detect and to intervene in cases of elder abuse.

### **D. Educating the Community**

**The Committee recommends:**

17. That the federal government, through the Minister of State for Seniors, actively seek co-investment with other levels of government, business, and labour in neighbourhood-based programs to support older people.

### **E. Educating Informal Caregivers**

**The Committee recommends:**

18. That the federal government, in consultation with other levels of government and with organizations representing employers and employees, establish ways to provide information to meet the needs of caregivers with elder care responsibilities.



## **VI SERVICES**

### **A. General Elder Abuse Services**

**The Committee recommends:**

- 19. That the federal government, in consultation with other levels of government, continue to provide funding support for existing services for the elderly and that such services be adapted to address abuse of the elderly.**
- 20. That the federal government provide research money to establish pilot projects on community based alternatives to institutional care for the elderly.**
- 21. That the federal government, in consultation with other levels of government, provide appropriate levels of funding for respite care, day care and other services supportive of informal caregivers of the elderly.**
- 22. That the federal government consider methods of providing payments to family members who care for elderly relatives.**

### **B. Advocacy Services**

**The Committee recommends:**

- 23. That the federal government, in consultation with other levels of government, provide funding and other support to facilitate the establishment of seniors advocacy services in the provinces and territories similar to these currently operating in British Columbia, Ontario and Quebec.**

## **C. Emergency Services**

The Committee recommends:

24. That the federal government, in consultation with other levels of government, establish appropriate funding for emergency shelter in homes for the aged, in seniors complexes, and in existing shelters for use by seniors at risk.

## **VII LEGAL SAFEGUARDS FOR THE VULNERABLE OLDER PERSON**

### **A. *Criminal Code***

The Committee recommends:

25. That the federal government, through the Minister of Justice, work with the provinces to educate members of the police, the legal community and the general public that the existing provisions in the *Criminal Code* are applicable to abuse of older Canadians and are to be enforced.
26. That the federal government, through the Minister of Justice, review and clarify the effectiveness of the *Criminal Code* in addressing elder abuse.
27. That any section of the *Criminal Code* found during the review to be inadequate either in its provision or in its enforcement for addressing elder abuse be redrafted to enable lawyers, judges and police to respond to suspected abuse.

### **B. Adult Protection Legislation**

The Committee recommends:

28. That the federal government, through the Minister of Justice, work with the provinces to undertake a study of the adult protection legislation enacted in several jurisdictions across Canada in order to

determine its conformity with the *Canadian Charter of Rights and Freedoms*; its effectiveness in achieving its stated purpose; and its impact on older Canadians.

### **C. Guardianship Legislation**

The Committee recommends:

29. That the Minister of State for Seniors and the Minister of Justice consult with the provinces and territories on guardianship legislation and ways to strengthen the rights of seniors.

## **VIII EVALUATING WHAT WORKS**

The Committee recommends:

30. That the federal government establish mechanisms to ensure that any project involving federal funds include a separate and sufficient amount for evaluations of effectiveness of educational, health, social and legal interventions relating to abuse of the elderly.
31. That the federal government provide guidance on appropriate evaluation methods for different interventions.
32. That annual progress reports on the results of all evaluations, positive and negative, carried out on any federally funded projects be made public.





# BREAKING THE SILENCE

---

**“Abuse thrives in secrecy and if you can break the silence you often break the abuse.”<sup>1</sup>**

Few cases of abuse of older Canadians become the major newstory of the day. The ones that do are often those sensationalized under the caption of “granny bashing”. The vast majority of incidents where older people are mistreated by someone they rely on for basic needs, both physical and emotional, are not reported.

The Committee heard of many cases where older men and women had been subject to abuse. They provide a grim picture of the experiences of those seniors who face financial, physical, and psychological abuse on a daily basis. The Committee is convinced that breaking the silence that surrounds this issue and breaking the patterns of abuse must be everyone’s concern.

## **Case 1:**

A couple had three children, two sons and one daughter. When the husband died, he bequeathed all his possessions to his eldest son provided that he keep his mother with him. After a few years, the son threw his mother out and kept the house for himself. The mother went to live with her second son who persuaded her to buy a house with the \$10,000 that she had left. He went to see a lawyer, and the title deed was written in the name of the son only. The mother lived with this son for two years and then he too threw her out. She ended up with her daughter who had to have her basement finished and who incurred expenses to keep her mother with her.

In this case, the *New Brunswick Marital Property Act* would allow the woman to avail herself of the law in order to get the marital property, but she didn’t. In the case of her second son, clearly it was robbery. The *Criminal Code* allows for police intervention, or at least the common law allows for cancellation of such

---

<sup>1</sup> McKenzie, 8:6.

fraudulent transactions as this one. Yet, the mother did not want to pursue this course of action and she ended up at her daughter's place.<sup>2</sup>

## **Case 2:**

The public health nurse called and said that they had found a 72-year old woman in Winnipeg in a house where there was no heat, no running water, nothing. The public health nurse brought this woman to the hospital and she was admitted. It soon became apparent that this woman had been sexually abused. Upon questioning, this elderly woman told us that she had been sexually abused by the extended family members and also by other people who were in the house, because of drinking.

This woman was kept in the hospital for several days, but soon the pension cheques arrived and the family asked for discharge of this woman. Within seven days we were notified that this woman had been killed by the extended family because she had refused to turn over her pension cheque.<sup>3</sup>

## **Case 3:**

We had a lady who was being emotionally battered. She had a husband who had a heart attack. This was a lively and alert older woman in her 70s. Every time she left the house, he would say, I'm going to get a heart attack; you're abandoning me; you don't care for me.

We finally persuaded her that we would send somebody to stay with her husband while she came out. She had an artistic background and took part in some silk-screening classes. Gradually, because she was very good at it and liked it so much, we told her we wanted her to teach the class for a nominal payment.

Because we had offered to pay her, her husband thought, well, this is a job. So now he quite happily lets her go out to the silk-screening class every day and the volunteer no longer has to stay with him.

---

<sup>2</sup> Poirier, 9:29

<sup>3</sup> Giesbrecht, 9:19



Her life has been significantly improved. She was on the verge of a nervous breakdown. Two or three years ago we thought she would be in hospital very shortly. Now she's one of our more active and successful volunteers.<sup>4</sup>

#### **Case 4:**

Over ten or eleven years ago I met a woman who in her lifetime had been a strong woman and had settled in the Peace River country with her husband during the Depression years. She has stayed on the family farm through the winter and raised the children all by herself off in the bush while her husband went into town and looked for work to subsidize the farm.

When the time came for her and her husband to retire, they moved to Edmonton. When he died, one of her children came to her and said, "Mother, come live with me. I'll help you look after Dad's estate; I'll help you settle Dad's estate and invest Dad's money." So she came to live in West Vancouver with this adult child.

When I saw her she was living alone in an apartment. She was obviously very depressed. She really didn't know how much money she had. She wasn't really seeing much of her adult children or her grandchildren. She came to see me because she wanted to plan her funeral. She wanted to have her body taken back to Edmonton to lie beside her husband.

She felt that unless she had already paid for the funeral, her daughter and her sons won't respect her wishes when she died. She said, "There is one thing they respect, and that's money." Making the arrangements involved getting two quotes, one to fly her body back to Edmonton and the other to put it on the train.

When I put the question to her, for the first time, she turned and looked me directly in the eye, and there was a real glint in her eye. She asked, "Is that the train that goes through Jasper?"

I realized then that the woman I was talking to didn't want to plan her funeral. She wasn't looking forward to her death. She wanted an adventure. She wanted a life and she was quite capable of having a life. So we went to work on what we should have gone to work on originally, which was how she was going to get control of her own money, how she was going to start making her own decisions.<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> Leon, 9:6.

<sup>5</sup> McKenzie, 8:4

### **Case 5:**

Just last Friday we had a group of neighbors come to the university. They came with what they thought was an elder abuse problem. It referred to an older gentleman, in the seventies, whose wife six months earlier had been admitted to a mental hospital. The wife was about twenty years younger.

When the wife came back from the mental hospital, she came with a live-in boyfriend. The live-in boyfriend took some exception to the husband. During the winter the neighbors frequently saw the husband out in cold weather wearing slippers and without an overcoat. They began to realize that he wasn't allowed in the house for much of the day but had to live essentially in the basement. He was made to chop wood, do heavy duties, despite the fact that it was known in the community that this fellow had a heart condition and was somewhat frail.

Several of the neighbors called the police in. The police apparently did an investigation but couldn't lay charges. It fell between the legal stools. In this particular instance, the husband died. Two or three months after, the neighbors were still concerned enough to want to try to prevent this kind of thing from happening in the future.<sup>6</sup>

### **Case 6:**

We have a case of a neighbor harassing a 76-year old. Yesterday evening, this woman called because she was at her wit's end. She was breaking down. She has had four heart attacks since last fall. It is the neighbors, who have been trying for a year and a half to get rid of an easement between two houses. They have done everything imaginable to make that person give up the easement. They have had restaurants make deliveries to the house, they have had taxis sent to the house. They have bothered that person in every possible manner. The person knocked on every door for help and none was given. I think she even had problems with her lawyer who didn't defend her interests properly.<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> Stones, 6:5

<sup>7</sup> Couture, 4:28

# INTRODUCTION

---

The House of Commons Sub-Committee on Senior Citizens Health Issues commenced study on the abuse of the elderly in February, 1993. Over the next three months, members heard from witnesses involved in government, community, academic, business and seniors organizations throughout Canada. Their testimony is found in Issues Nos. 1 – 10 of the Sub-Committee on Senior Citizens Health Issues for the Third Session of the Thirty-fourth Parliament. Witnesses who met with the Committee members in Washington, D.C. provided useful comparative information from the United States. In addition, several witnesses over the course of the hearings imparted knowledge about approaches used in England and other parts of Europe.

This report highlights the general themes heard by the Committee. It indicates the direction the Committee believes should be taken in responding to the problem of abuse of older Canadians. The current lack of public and professional awareness about the abuse of older Canadians is of major concern. The Committee agrees that there is a need to refocus existing social, medical, and legal services to better address the issue of abuse. In addition to action by governments, Committee members believe that every person in contact with older people has a responsibility.

Elder abuse is an emerging issue. The victimization of older people within the family and within institutions is gaining significance as a crime but, repeatedly, the Committee heard that there is a low level of awareness and of action in the area. As a societal problem, mistreatment of older Canadians is still accorded a minimal profile. Canadians of all ages are reluctant to admit that older adults could be suffering at the hands of family members or other people they should be able to trust.



Elaine Scott from Health and Welfare Canada observed that: "In comparison with other family violence related issues, elder abuse does not appear to be a high priority in the public mind. In fact, the current status of elder abuse as an issue has been described as similar to that of wife abuse ten years ago."<sup>8</sup>

The underlying message from all witnesses was that any mistreatment of older Canadians is unacceptable. It was pointed out that "...the term 'elder abuse'...softens what is a very serious issue..."<sup>9</sup> Again, the comparison with spousal abuse was made: "I draw the parallel to spouse abuse. Years ago we dismissed it and said it was just a family problem, just abuse, not a crime. However, the tide has turned and people are now saying that spousal abuse is a crime. We have to get the same message across for senior citizens. This is not something to be tolerated."<sup>10</sup>

The mere fact of growing old and the societal perception that being older equals being feeble and helpless makes it difficult for seniors to engage support in their defence. Michel Couture of the *Centre de défense des aînés et des aînées du Québec* argued that: "today growing old is hell!...the nightmare that too many senior citizens must live through."<sup>11</sup> Being old is not a reflection of life lived with more years to come but in his view, "old people are just put away as if they were nothing more than useless goods."<sup>12</sup>

The Committee heard that older people are themselves hesitant to come forward: "...seniors themselves are reluctant to identify themselves as victims. Some of the reasons appear to be shame, fear of retaliation, abandonment by their family, or institutionalization."<sup>13</sup> One of the challenges is to increase awareness and involvement among seniors in responding to the issue.

---

<sup>8</sup> Elaine Scott, Health and Welfare Canada, Presentation to the Sub-Committee on Senior Citizens Health Issues Concerning the Subject of Elder Abuse, February 2, 1993, p. 5.

<sup>9</sup> Wahl, 5:21.

<sup>10</sup> Wahl, 5:21.

<sup>11</sup> Couture, 4:20.

<sup>12</sup> Couture, 4:20.

<sup>13</sup> Scott, 1:9.

Several groups within the older population were seen as requiring particular attention: older people in aboriginal communities, seniors in institutional care, and those who are physically or emotionally isolated and hard to reach. Dennis Lewis of the Native Canadian Centre of Toronto confirmed that, in a feasibility study to determine what services were available for off-reserve native people, major communities where native people live in Canada including Vancouver, Edmonton, Winnipeg, Montreal and Halifax had no services targeted at the native senior.<sup>14</sup>

The major activity to date has taken place among professionals and at the local level. One witness spoke for many when she pointed out: "...it still appears today, that the response to elder abuse across Canada is really on an ad hoc basis; it's fragmented and it's generally at the community level."<sup>15</sup> Several witnesses noted that there are barriers among the various service providers. They emphasized that the use of existing health and social and legal services to respond to the elderly must ensure that the approach will not be restricted to one type of response, ie medication by a physician or intervention by the police without backup or complementary support from other sectors.

While the need for multisectoral involvement among service providers was stressed, witnesses were equally emphatic that everyone can help in some way. "Police officers, doctors, nurses, lawyers, social workers, teachers, all of us whose working lives bring us into contact with victims and offenders must play a role. In our personal lives, we can also make a difference. We can no longer look the other way when someone is being threatened or hurt. When we do, we become part of the problem."<sup>16</sup>

---

<sup>14</sup> Dennis Lewis, Presentation of the Native Canadian Centre of Toronto, Elder Abuse Program, Appendix "Seci-3", 6A:14.

<sup>15</sup> Scott, 1:9.

<sup>16</sup> Scott, Presentation, p. 6.





# WHAT IS THE NATURE AND SCOPE OF THE PROBLEM?

---

## I THE ISSUE OF DEFINITION

There is no standard definition of what constitutes abuse of older Canadians. Terms like harm, exploitation, neglect, mistreatment as well as abuse were used by witnesses. While these multiple terms were seen as related, they appeared to have different connotations. It was suggested that abuse involved intent; neglect related to a lack of knowledge of available resources; exploitation was based on greed and a desire to control.<sup>17</sup>

Elaine Scott of the Family Violence Prevention Division of Health and Welfare Canada noted that: "There is no universal agreement on what constitutes elder abuse and the absence of a uniform definition has hindered research in the area." She then stated that: "The term elder abuse is generally interpreted to mean harm caused by an abuser to an adult who is vulnerable primarily or partly due to age. The abuse is not limited to physical harm but also includes psychological abuse, financial or material exploitation and neglect of health and personal needs."<sup>18</sup>

The problem of defining elder abuse was also highlighted by members of One Voice, The Canadian Seniors Network who noted that: "by no means do Canadians agree on how to define elder abuse or even what it should be called." They presented the following definition for consideration by the Sub-Committee:

Elder abuse is any harm done to an older person that is violent or abusive. Elder abuse is often a crime. The abuse can be caused by: a family member, a friend, staff in group residential settings such as rest and retirement homes, and in long

---

<sup>17</sup> Dacosta Mason, American Association of Retired People, Presentation to Sub-Committee, Washington, D.C., April 29, 1993.

<sup>18</sup> Elaine Scott, Health and Welfare Canada, Presentation to the Sub-Committee, February 2, 1993, p. 1-2.

term care facilities such as nursing homes, homes for the aged, public or chronic care hospitals, or anyone the older person relies on for basic need.<sup>19</sup>

Elizabeth Podnieks of the Ryerson School of Nursing, while acknowledging the large number of definitions, suggested that elder abuse is “an act, committed or omitted, by another person, that results in harm to or jeopardizes the well-being or safety of an older person.”<sup>20</sup>

Lori Kartes, a member of the Ottawa-Carleton Hospital and Nepean Police Multidisciplinary Project, observed that: “When you look in the literature you see almost as many definitions of abuse as you find studies of the problem.” They chose the following definition for their project: “any harm to an older person caused by someone in a position of trust or authority. This could be a family member, neighbor, landlord or professional person, and this harm includes physical, financial, psychological abuse or neglect.”<sup>21</sup> Their definition excluded victimization of the elderly by strangers.

While arguing that a change was needed, witnesses generally utilized the four major categories of abuse most common in the literature: physical, psychological, material or financial and neglect. Some noted other concepts such as “emotional and mental cruelty, chronic verbal abuse, violation of rights, self neglect, and active and passive neglect”.<sup>22</sup> They also pointed out that older Canadians can be victims of more than one type of abuse simultaneously. In addition, the abuse may take place either in the home of the older person or in an institutional setting.

The four categories or manifestations of abuse were detailed as follows:<sup>23</sup>

**Physical abuse** includes the “wilful, direct infliction of physical pain or injury, rough handling, shoving, slapping, pinching, hitting, kicking, restriction of freedom of movement, and sexual abuse;”

---

<sup>19</sup> Darrah, 2:7.

<sup>20</sup> Podnieks, Presentation to Sub-Committee on Senior Citizens Health Issues, Overhead IIIa, February 16, 1993.

<sup>21</sup> Kartes, 4:7.

<sup>22</sup> Darrah, 2:7.

<sup>23</sup> Elaine Scott, Health and Welfare Canada, Presentation to the Sub-Committee, February 2, 1993, p. 2.

**Psychological abuse** refers to “socially isolating, threatening, yelling at, infantilizing, or withholding affection or denying privileges to a person;”

**Financial or material exploitation** involves “the theft or conversion of money or objects of value belonging to the senior by a relative or caretaker;”

**Neglect** involves “failing to provide the necessities of life, including adequate heat, clothing, hygienic conditions and the denial of social interaction.”

Witnesses strongly agreed that greater uniformity in defining and categorizing the issue would allow for comparability of research findings, would support efforts to assess the effectiveness of new programs, and would enhance attempts to alleviate the problem. As explained by Michael Stones from Memorial University, elder mistreatment cannot be defined and understood in the simplistic way in which it has been treated. According to him, elder mistreatment has multiple meanings depending on the source of the definition and the context in which it is used. In lumping these together, confusion occurs.

In attempting to address the definitional issue, Stones developed a lexicon of terms. He concluded that there are three basic reference standards against which acts of potential or alleged mistreatment are judged. These reference standards are: legislative or statutory, organizational, and normative or community.<sup>24</sup> Legislative standards are “things that are against the criminal law or against the common law”. Organizational standards are how organizations regulate themselves such as a code of ethics of a professional association or the regulations of a nursing home. Normative standards are not necessarily forbidden by law but apply to actions viewed as contrary to community thinking.

Within each basic reference standard, the identity of the protagonist and antagonist and their relationship measured in terms of trust and responsibility are evaluated. The level of intent to commit specific harm and the severity of mistreatment are also rated. Taken together, it was argued, these factors could lead to greater precision in the development of terminology.

The Committee agrees that the absence of uniformity in defining mistreatment of the elderly has hindered the advancement of research.

---

<sup>24</sup> Stones, 6:5.



### **The Committee recommends:**

- 1. That the federal government in its literature and programs take the lead in establishing consistent usage and common understanding of elder abuse terminology;**
- 2. That any definitions used be tested in various settings across Canada to evaluate their appropriateness for different disciplines and cultures.**

## **II RISK FACTORS FOR ABUSE**

The characteristics of the person who abuses and the person who is abused were the subject of considerable discussion. Several witnesses drew attention to the fact that the majority of abusers were family members. They included spouses, adult children, grandchildren, siblings and other relatives. The abused were predominately female; attributed by some witnesses to the fact that the elderly population has more women than men. They were usually over 75 years and often had multiple health problems.

Pearl McKenzie reported that the cases seen at the North Shore Community Services in North Vancouver fall into four categories. According to her, “most commonly, the abuser of an older woman is still her husband and it’s usually a continuation of wife assault. It’s wife assault gone old, gone grey.” The second group, she called opportunists, people who prey on elderly people, often relatives who “situate themselves where there are some assets like property, where there is some assured income.” The third group of abusers consisted of people who were dependent on the older woman for help and support, many of them adult children with serious mental illness. Finally, the abusers were caregivers, people providing care for the elderly either in their homes or in institutions.<sup>25</sup>

Witnesses acknowledged that recognition for elder abuse evolved from a concern with family violence and that it shared many of the same characteristics. One Voice told the Committee that “victims tend to be isolated, and are generally powerless and dependent on the offenders. Abuse takes place primarily within

---

<sup>25</sup> McKenzie, 8:7 and 8:8.

families, with most abuse victims being female. Most abusers have a negative social and psychological profile. Sadly, in many cases elder abuse is spousal abuse grown old.”<sup>26</sup>

Pearl McKenzie of North Shore Community Services noted that within this family violence context, the terms tend to differentiate excessively among the victims: “We talk about child abuse, about wife abuse, and about elder abuse; but there are some similarities that go right across all those abuses in our society.”<sup>27</sup> Among the similarities, she noted that the abuser dominates and controls; it involves a betrayal of trust between intimates; the victim is isolated; the adult victims are usually women and the abusers are usually male.

While age was the essential criterion for being considered as elder abuse, witnesses noted that it presented an irrelevant distinction for describing abuse that was continuing from earlier years. As Katrina Johnson of the U.S. National Institute on Aging pointed out, “when you are 55 years old and your husband abuses you, it is called spousal abuse. However, when you are 65 years old and the abuse is still occurring, it is called elder abuse.”<sup>28</sup>

The fact that elder abuse is based on a distinction in terms of age can create a blind spot for service providers and lead them to overlook ways of assisting the older person who is being abused. Judith Wahl of the Advocacy Centre for the Elderly told the Committee of one social worker who called her: “She was trying to assist a senior who was being victimized by her husband. It was a classic case of spousal assault. She described the problem to me and asked how they could assist. I asked if they had thought of various services...I mentioned an emergency shelter for the woman, because she needed to get out of the home; trying to get her financial resources back using our service to help her to deal with some of the legal issues; getting emotional support through counselling services, since this woman

---

<sup>26</sup> Darrah, 2:7.

<sup>27</sup> McKenzie, 8:6.

<sup>28</sup> Johnson, Presentation to Sub-Committee, Washington, D.C., April 29, 1993.

was very active in the church through her church group. The social worker said she'd never thought of any of those things, because it wasn't spousal assault, it was elder abuse."<sup>29</sup>

The question was frequently asked: Why does a person abuse and why does a person tolerate such abuse? The answers from witnesses revealed that the reasons underlying either situation reflect the multi-factorial nature of abuse of the elderly. No single cause has been isolated; no single theory has provided the explanation for all or even a majority of elder abuse cases. Instead, witnesses talked about predisposing factors, about causal indicators, about the interaction of several contributing factors.

Berdie Darrah of One Voice included several factors. She suggested: "the cycle of family violence" that does not end after a certain age. Thus, a family that has solved problems through aggressive behaviour will continue this behaviour as a lifelong pattern. She mentioned "aging dependent children" and the fact that "the pathological behaviour of the problem child has far more reaching consequences on a frail elderly parent, usually a mother. She also pointed to the "negative attitudes of society" toward the elderly.<sup>30</sup>

Podnieks of the Ryerson School of Nursing told the Committee of three basic theories of abuse: the **environmental framework** that views present situations and social conditions as being the main causes of abusive behaviour; the **pathological framework** that views abusive behaviour as being determined solely by the personal or pathological problems of the abuser; and the **developmental framework** that views domestic violence as a learned behaviour which is passed on from generation to generation through established behaviour patterns.<sup>31</sup>

Some witnesses talked about what are sometimes referred to in the literature as "motivating" factors, the most common one being "the abuse of power based on the relative strengths of offender and victim - strengths that may reflect differences in

---

<sup>29</sup> Wahl, 5:20

<sup>30</sup> Darrah, 2:8.

<sup>31</sup> Podnieks, Presentation to Sub-Committee, Overhead IIIg, February 16, 1993.



physical, emotional, social, economic, gender, or age position.”<sup>32</sup> The Committee heard that “the cause of abuse is an imbalance of power.” According to this thesis, “the person abuses basically in order to exercise some power that individual feels they themselves are lacking. That exercising of power is a gradual thing, not an overnight thing. They gradually isolate the victim, and they gradually reduce the victim’s self-confidence.”<sup>33</sup>

Related to this was the discussion about the cyclical nature of abuse, so that “...a child who is abused has a greater likelihood of becoming an abused wife, and a wife who is abused has a greater likelihood of becoming a senior who is abused maybe by her son, who grew up watching his father abuse his mother.”<sup>34</sup> In addition, the age of an abused individual was relevant. Thus, “...as the individual becomes older, they become more isolated, frailer, and more vulnerable. They are less likely to ask for help.”<sup>35</sup>

Witnesses also talked about “aggravating” factors that included unemployment, economic deprivation, the abuse of alcohol, care-giver stress, and social isolation.<sup>36</sup> Winnie Giesbrecht of the Native Women’s Association of Canada told the Committee of the chronic poverty experienced in native communities across Canada and of the immeasurable impact on the aboriginal family: “The absence of a sound economic base and the extremely high levels of unemployment result in overcrowded and substandard housing, which contributes to poor health, but it is the daily stress, the financial hardships, and the chronic despair that poverty inflicts upon its victims that contributes to this widespread abuse of the elderly.”<sup>37</sup>

---

<sup>32</sup> Health Services Directorate, Health Services and Promotion Branch, Health and Welfare Canada, *Guidelines for Establishing Standards: Health Care Related to Abuse, Assault, Neglect and Family Violence*, Report of the Sub-committee on Institutional Program Guidelines, Ottawa: 1989, p. 6.

<sup>33</sup> Scott, 1:18.

<sup>34</sup> Scott, 1:19.

<sup>35</sup> Scott, 1:20.

<sup>36</sup> Scott, Presentation to Sub-Committee, Feb. 2, 1993 and Podnieks, 3:8.

<sup>37</sup> Giesbrecht, 9:17.

The Committee is aware that research findings do not indicate a single cause of abuse of elderly people. They heard of the multiplicity of factors that contribute to or are associated with abuse. In order to prevent abuse of older Canadians, the Committee is convinced that focused research aimed at identifying key risk factors is needed.

**The Committee recommends:**

- 3. That the federal government, through the relevant existing federal bodies, provide funding for research aimed at identifying the risk factors for abuse of the elderly in order to develop more focused and targeted prevention interventions.**
- 4. That a portion of this funding be for longitudinal studies aimed at understanding risk factors. This should include studies to clarify the experience of the elderly who are victims of abuse; to determine the role of childhood factors for both the abuser and the abused in cases of abuse toward the elderly; to understand the link between abusive acts toward the elderly and other forms of violence; to expose any link between social factors such as poverty, substance abuse, unemployment, and abuse of the elderly.**

### **III THE MAGNITUDE OF THE PROBLEM**

Several witnesses presented a general demographic picture in relation to older Canadians that revealed how the problem of abuse may grow as the population grows older. It was noted that: "At the present time, older people (65 years and older) represent 11% of Canada's total population. However, the number of seniors is expected to increase significantly as Canada's population demographics begin to reflect the aging of its "baby boomer" generation."<sup>38</sup> One Voice emphasized that: "Since the number of persons over age 65 is expected to double in the next 30 years, elder abuse is a problem that requires our immediate attention."<sup>39</sup>

The increase in the "old old" population was seen as bringing particular problems for both older women and their female family caregivers:

---

<sup>38</sup> Scott, Presentation to the Sub-Committee, February 2, 1993, p. 1.

<sup>39</sup> Darrah, 2:9.

...current demographic, socio-cultural and economic trends suggest that abuse of the aged will become a problem of even greater proportions in the years to come. In fact, if projections are correct, by the year 2001 there will be in the order of 3.8 million aged men and women who will account for about 14% of all Canadians and 425,000 of these persons will be 85 years of age and over. This latter group of people—characterized as it will be by a proportionately larger number of women—will be almost twice the size of our present “old old” population and will be most vulnerable to abuse in all its forms. At the same time, the supply of family caregivers will continue to be eroded by an increasing number of women in the workforce and declining birth rate.<sup>40</sup>

On the magnitude of elder abuse, the views of Elaine Scott of Health and Welfare Canada were reinforced by later witnesses:

There are few statistics on the incidence and circumstances surrounding elder abuse. And, it is believed that available figures generally underestimate the scope of the problem. Victims of abuse are reluctant to identify themselves due to feelings of shame, fear of retaliation or abandonment. The problem is further hampered by the fact that some aspects of elder abuse are difficult to identify correctly even by professionals and members of the general public who regularly work with older people.<sup>41</sup>

Since the early 1980s, several Canadian studies have attempted to assess the prevalence of abuse among older Canadians. Many studies took place within a single province and collected data from the more accessible service provider or from case reports rather than the potentially affected older person. Only one national survey, the Ryerson study, carried out in 1989 interviewed older people in their homes.<sup>42</sup>

The majority of witnesses were familiar with the Ryerson study and its indication that at least 4 percent of older Canadians living in private dwellings, suffered from one or more serious forms of abuse at the hands of a spouse, relative or other close contact. The Ryerson study identified financial abuse as the most prevalent form,

---

<sup>40</sup> Queensway Carleton Hospital and Nepean Police Service, “An Education Program and Interagency Model for Police Officers on Physical Abuse and Neglect of Seniors,” June 1992, Presentation to Sub-Committee, February 23, 1993.

<sup>41</sup> Scott, Health and Welfare, Presentation to the Sub-Committee, February 2, 1993, p. 2.

<sup>42</sup> Elizabeth Podnieks et al., *National Survey on Abuse of the Elderly in Canada*, Toronto: Ryerson Polytechnical Institute, 1990.



accounting for more than half of the cases. Chronic verbal abuse, the form of psychological abuse measured in the study, accounted for about one-third of the cases. The dominance of financial exploitation was mentioned by several witnesses. A typical statement from witnesses was: "grandma gets her welfare cheque and suddenly the grandchildren are there every welfare day and the cheque disappears."<sup>43</sup>

Couture argued that: "Today what we are seeing is the tip of the iceberg."<sup>44</sup> At the *Centre de défense des aînés et des aînées*, he indicated that "on average, two cases a day are reported."<sup>45</sup> He also presented other data on the prevalence of abuse in the Montreal area: "No reliable statistics exist, but if you pool various local studies, such as the ones done by the Notre-Dame-de-Grâce local community services centre, the Jewish Family and Child Services study and the study carried out by the *Centre des services sociaux Montréal métropolitain*, you'll find that 15% to 80% of all old people are the victims of abuse, exploitation, neglect, or violence. The last figure of 80% was arrived at by the *Regroupement des aînés* in Jonquière, which carried out a survey of its 2,000 clients: 80% of the 400 people who responded to the questionnaire stated that they had suffered from financial exploitation."<sup>46</sup>

The Committee believes that good data collection is an essential base for good policy decisions. The Committee is aware that a national survey on wife assault and violence against women is being undertaken on behalf of Health and Welfare by the Canadian Centre for Justice Statistics and Statistics Canada. This telephone survey will include women up to 70 years-of-age. The Committee believes that the Ryerson study provides an excellent starting point for determining the magnitude of abuse of older Canadians but agrees with witnesses that additional statistics to determine the incidence and circumstances surrounding the abuse are necessary.

---

<sup>43</sup> Scott, 1:8.

<sup>44</sup> Couture, 4:20.

<sup>45</sup> Couture, 4:21.

<sup>46</sup> Couture, 4:20.

**The Committee recommends:**

- 5. That the federal government, through the Canadian Centre for Justice Statistics and Statistics Canada, undertake a national survey to collect accurate data on the abuse in Canada of men and women over 65 years of age.**
- 6. That this national survey be followed by regular data collection in other national surveys to determine if the problem is changing over time.**
- 7. That data on the extent and nature of abuse in institutional settings be collected as part of any national survey.**





# WHAT IS BEING DONE AND WHAT MORE CAN BE DONE?

---

## IV FEDERAL INITIATIVES

Although the federal government has since the late 1980s funded various activities to address elder abuse, the 1991 Family Violence Initiative was the first to specifically target elder abuse. Of the \$136 million allocated to help reduce all aspects of family violence, about 10 percent was to be directed to the prevention of elder abuse.<sup>47</sup> The Initiative's funds were to be allocated as follows: \$55 million to Health and Welfare; \$23 million for the Solicitor General; \$7 million to Justice; \$22 million to Indian and Northern Affairs; \$21 million to Canada Mortgage and Housing; \$8 million to be divided between Secretary of State and Multiculturalism and Citizenship.

Work within Health and Welfare Canada and across the other departments who received funds from the Initiative is coordinated by Health and Welfare. Its Assistant Deputy Minister meets regularly in an Interdepartmental Steering Committee on Family Violence composed of the other departmental assistant deputy ministers. The Family Violence Prevention Division in particular works closely with other divisions of Health and Welfare Canada and with the other departments to coordinate federal efforts on mistreatment of older Canadians. In addition, Treasury Board receives an annual report from the Minister of Health and Welfare on activities undertaken by all departments receiving funding from the Initiative.

The Committee agrees that elder abuse is a high priority and that the 10% allocation of funds provides a necessary stimulus for initial examination of the issue. Members heard from witnesses about projects related to elder abuse that had received funding and about efforts to consult on this issue along with other aspects of family violence. They did however feel somewhat concerned that, partly because of the number of departments involved in the Initiative, there was difficulty in establishing if the money so allocated has been spent on that particular issue.

---

<sup>47</sup> Scott, 1:21, see correction.

The Committee is supportive of the elder abuse partnerships among federal departments and also among other levels of government. Members are aware that the provincial governments have the major responsibility for delivering health, social, justice and education services. However, through equalization payments, block funding and cost-sharing agreements, the federal government plays a role in all these areas. In addition, responsibility for criminal law and procedure and for service delivery to particular groups such as on-reserve aboriginal people and military personnel falls within the federal jurisdiction.

The Committee recognizes that the departments participating in the Initiative have facilitated information sharing on abuse of the elderly among various levels of government. In addition, efforts to ensure compatibility with the needs of different communities across the country while enhancing the national perspective are positive signs. The Committee feels that one necessary ingredient to be added to these partnership efforts is that of seniors.

#### **The Committee recommends:**

- 8. That the federal government, through its Interdepartmental Steering Committee set up to coordinate the Family Violence Prevention Initiative, make public the activities related to abuse of the elderly undertaken to date by all departments including the amount of money allocated to each.**
- 9. That the federal government continue to promote partnerships among federal departments, among different levels of government and within the community to address the abuse of older Canadians and that these partnership efforts be supported with appropriate levels of funding.**
- 10. That the federal government ensure that older Canadians representing both sexes and of different ages and ethnicity serve as members of advisory committees.**

## **V EDUCATION**

All witnesses referred to the need for increased public awareness about abuse of older Canadians. Education of young and old, of male and female, of professional and layperson was seen as essential. Berdie Darrah of One Voice

argued that: "long-term prevention depends on changing attitudes and values that result in abuse."<sup>48</sup> Elizabeth Podnieks of the Ryerson School of Nursing agreed that: "Our biggest thrust should be towards education to prevent elder abuse."<sup>49</sup>

Education was viewed as a crucial factor in dealing with the social, health and legal aspects of the issue of abuse of older Canadians. As Judith Wahl of the Advocacy Centre for the Elderly suggested: "We identified education as a key area in which we should do work, because it was clear that you can't solve, or even approach, this problem by this case-by-case assistance." She went on to point out the need for greater dissemination of accurate information among all sectors of the community:

With education we identified that there was a great deal of misinformation on the issue. Many people thought you couldn't do anything. They weren't identifying that many of these incidents of elder abuse were in fact crimes and could be pursued through the criminal justice system. They were not identifying that many services already existed in the community that were in fact of great assistance to the seniors who were abused, everything from the home support workers to home care, someone's own doctor. There was a range of help already out there that was not being tapped into.<sup>50</sup>

The Committee heard the strong and unanimous message from witnesses that education to increase public awareness is vital to changing attitudes, values and behaviours that result in abuse. Providing information is a major part of this and the Committee commends the Family Violence Prevention Division of Health and Welfare Canada who currently provide advice, information and materials through the National Clearinghouse on Family Violence for individuals who write them or who telephone at 1-800-267-1291.

The Committee agrees that education is the main path to be taken in preventing elder abuse. Information on the issue needs to be developed and when developed, needs to be widely disseminated throughout the population.

---

<sup>48</sup> Darrah, 2:5.

<sup>49</sup> Podnieks, 3:9.

<sup>50</sup> Wahl, 5:19.



## **The Committee recommends:**

- 11. That the federal government, through the relevant federal departments, take the lead in developing and disseminating multimedia educational materials aimed at preventing elder abuse. These materials should be developed in consultation with various target groups and should be based on knowledge of what is most effective for each group.**

### **A. Educating Seniors**

Older Canadians themselves were seen as the number one priority to target for education. To be successful, any prevention strategy needs to ensure their full involvement in design, planning and execution. One Voice, the Canadian Seniors Network, has begun work on the issue of elder abuse and in a series of national forums is seeking input from seniors to be turned into recommendations for dissemination back to seniors across Canada.

Various avenues for reaching older Canadians were suggested. Governments at all levels were urged to educate about existing services and to disseminate any information through pension cheques, in special mailouts by Health and Welfare or Revenue Canada, and through inserts with provincial utilities bills. The television and radio media were to be encouraged to allot space to airing educational videos about abuse of seniors as public service announcements while community newspapers were to publish information inserts. Banks, trust companies and other financial institutions were urged to initiate education and awareness endeavours or to utilize existing material in their contacts with seniors in order to reduce the need for older Canadians to rely on a third party to look after their banking needs. Another suggestion involved using retirement counsellors to educate when giving sessions on retirement planning. Religious leaders and physicians were also viewed as key people in conveying information to the elderly.

The Committee had the opportunity to view several excellent videos related to elder abuse. They were particularly impressed with two videos funded by Health and Welfare that presented very positive images of older people. One called "Even in Our Neighborhood" focussed on different forms of abuse and various ways that

members of a community could help. This was created for the Toronto Mayor's Committee on Aging and the Toronto Network for the Prevention of Elder Abuse. The other video called "Standing Up for Yourself" provided examples of older people taking action to prevent possible financial abuse. This video co-funded by the Manitoba Seniors Directorate won an award in the educational category of an international film and video competition.

The Committee supports the call for education for older Canadians so that they can protect themselves from abuse. The Committee sees a major role for the media in disseminating information about older people that provides positive examples of their lives. Banks also have an important role in making seniors aware of services that can prevent financial abuse.

### **The Committee recommends:**

- 12. That the federal government, through the Canadian Radio-Television and Telecommunications Commission, develop guidelines on advertising aimed at older people to provide positive images of aging.**
- 13. That the federal government, through the National Advisory Council on Aging, work with the Canadian Bankers Association to facilitate and to promote direct deposit for regular monthly payments such as pensions and for irregular payments such as income tax refunds.**

## **B. Educating Children and Adolescents**

Reta Deunisch-Turner of One Voice spoke for many older Canadians when she argued that: "A lot more should be done with children in schools, to talk to them, to have seniors come to the schools. A lot of children do not see grandparents anymore. I think that will make us valuable people instead of redundant human beings who can be dispensed with or abused."<sup>51</sup>

The Committee heard about various programs that attempt to provide children and adolescents with opportunities to work together with older men and women in a positive way. At the preschool level, intergenerational programs such as those

---

<sup>51</sup> Deunisch-Turner, 2:16.

associated with Senior Link in Toronto provide opportunities for seniors in an apartment building to interact with children in a day care on the ground floor. In New Brunswick, the Seniors Federation is working with the Department of Education to get seniors involved with the younger grades, kindergarten, grade 1 and 2 in the hope that they will "go in and do story-telling, get the children interested so they will have a different picture of the older person than they do today."<sup>52</sup>

In a similar vein, the Ontario Network for the Prevention of Elder Abuse has developed and distributed a story book and play cards called "Old Friends: A Storytelling Kit about Old Age" and a colouring book called "Helping Granma" as positive imaging tools for children ages 4 to 7. To reach ages 8 to 13, they are now developing an intergenerational kit for children and seniors that will enable them to put on plays together. For teenagers, a program in a technical school where hairdressing is taught, encourages interaction between adolescents and the older people who come to the school.

Committee members are convinced that reaching children and adolescents with positive and enlightening examples of the contributions of older people will help to reduce potentially abusive situations.

#### **The Committee recommends:**

- 14. That the federal government, through the relevant federal departments and from their existing budgets, provide funding and evaluation support for educational endeavours on positive images of aging aimed at children and adolescents; and that this funding constitute 10% of the total amount targeted to education of children and adolescents.**
- 15. That the federal Minister of State for Seniors, through the Council of Ministers of Education, liaise with the provincial ministers of education with a view to ensuring that education related to prevention of elder abuse is incorporated in provincial curriculums.**

---

<sup>52</sup> Darrah, 2:17.



## C. Educating Service Providers

The importance of post-secondary curriculum development in building an inter-disciplinary approach between all service providers dealing with the elderly was stressed by several witnesses. Elaine Scott observed that "...it's important that all of the professionals are working together so that physicians know what they can receive in the way of services from a social worker or from a nurse, so that nurses and physicians are talking the same language, so the police know what their responsibility is."<sup>53</sup>

Michel Couture talked about "filling a need, which is to build a bridge between social services and the elderly."<sup>54</sup> In addition to the physicians, nurses and social workers, other witnesses mentioned lawyers, accountants, police officers, religious leaders, bank officers, and institutional service providers as groups needing education about elder abuse.

Two professional groups, physicians and lawyers, were repeatedly centred out as needing specialized education about the elderly. Judith Leon spoke for several witnesses when she said: "Clearly we need to train our doctors much more in geriatrics, but the universities that try have a hard time. Geriatrics is not popular. It does not have the appeal that heart surgery or one of those things has."<sup>55</sup> Over-prescription of seniors was viewed as one issue requiring urgent attention. In a survey carried out by Senior Link, elderly residents indicated that many were taking ten to fifteen prescribed medications. It was noted that: "if you're taking more than five drugs, the likelihood of one of them being contraindicated for the other in some way is about 90%."<sup>56</sup> Judith Wahl talked about efforts to encourage specific programs on elder law and also to incorporate issues into existing courses that deal

---

<sup>53</sup> Scott, 1:13.

<sup>54</sup> Couture, 4:23.

<sup>55</sup> Leon, 9:11.

<sup>56</sup> Leon, 9:11.

with mental incompetency.<sup>57</sup> Donald Poirier emphasized the need for lawyers to be aware that “they cannot act for two persons at the same time.”<sup>58</sup>

Physicians and nurses were asked to reflect on ways that the health system could be made more responsive to older Canadians who are abused. They were asked to consider that the person accompanying an elderly person with bruises or breaks to emergency could be responsible for the injuries. During regular office visits, they were to learn ways to detect instances of physical and psychological abuse. They were cautioned to consider neglect when there was evidence of poor care. Interviews with the older person were to take place separately from the caregiver when abuse or neglect was suspected and training in how to listen effectively was seen as vital. Screening for a history of family violence was to be carried out. Checks for over-sedation or drug addiction were also deemed to be important. For suspected cases of abuse, physicians and nurses were to take a photograph or sketch bruises or injuries.

Concerning people who work in financial institutions, witnesses were strongly in favour of a more pro-active role. Bank workers were asked to monitor for sudden or different patterns of withdrawal activity in bank accounts of older Canadians. Bank personnel were reminded that: “Across this country it is very easy to get power of attorney, and it’s not well monitored.”<sup>59</sup> They were asked to assume greater responsibility for advising older clients about the power of attorney which is used when people are unable or unwilling to manage their legal and financial affairs and control is given over to a third party who then has duties toward the donor of the power. The banks were criticized for treating the forms for conferring power of attorney as “a very trivial matter rather than something that really has great consequences.” It was suggested that: “The bank tellers are handing these things out like cotton candy. They hand them out with no information being given or misinformation being given.”<sup>60</sup>

---

<sup>57</sup> Wahl, 5:29.

<sup>58</sup> Poirier, 9:32.

<sup>59</sup> Scott, 1:15.

<sup>60</sup> Wahl, 5:29.

In defence of their role, the representatives of the Canadian Bankers Association told the Committee, "The bank is not being given the power of attorney; it is not acting as the attorney or agent on behalf of its customers. The bank simply receives the authorization to permit the donor's representative to act on the donor's behalf. From that point on the bank then deals with the attorney as the duly and legally appointed representative of the donor and cannot be expected to go behind the attorneyship to determine whether the donor is satisfied with the management of his or her affairs. To thrust upon the banks any responsibility to monitor the power of attorney is not practical or even possible."<sup>61</sup>

The role of police in combination with social workers and hospital staff was discussed by Dave Ashton and other members of the Queensway Carleton Hospital and Nepean Police Service Multidisciplinary team. The role of a proactive police chief who emphasizes community links was seen as crucial.<sup>62</sup> This unique model funded by the Solicitor General of Canada and Health and Welfare Canada includes three components: an educational program to provide a comprehensive training package for police officers at all levels of experience across the country; an interagency consultation service available to front-line police officers to assist them in dealing with cases of senior abuse; and a senior abuse protocol to guide police officers from the first contact, through case management, closure and follow-up. Following contact with older people, other social and health services would be involved.

Service providers who care for the elderly in institutional settings were also seen as needing education. It was noted that: "At the present time, it is estimated that about 8% of Canadians in the 65 and older age group live in institutions. But if you look at the age 80 and over, the percentage is about 24%."<sup>63</sup> Various recommendations were made that service providers who work in institutions be properly trained to prevent and to intervene in any incidence of abuse. According to

---

<sup>61</sup> DeLaurentiis, 7:6.

<sup>62</sup> Ashton, 4:11.

<sup>63</sup> Scott, 1:13.



witnesses, further education, training and upgrading were seen as necessary. Language training, if important to the job, was to be available. New staff were to be fully oriented and this orientation was to be repeated at regular intervals.

The Committee recognizes that many people are involved in providing services to older Canadians and that all of them are in a position to detect and to intervene in suspected cases of abuse.

#### **The Committee recommends:**

- 16. That the federal government, through the relevant federal departments and in consultation with other levels of government, work in a coordinated way with the national and provincial organizations responsible for standard-setting and education for physicians, nurses, social workers, police, bankers, lawyers and other service providers in developing guidelines to enhance their ability to detect and to intervene in cases of elder abuse.**

#### **D. Educating the Community**

Communities, places where older people live, were seen as crucial to ensuring the maintenance and enhancement of their health and well-being. Many seniors are physically able and socially active as participants in the community. There are however others who are frail, isolated and vulnerable to various forms of abuse. The Committee members heard many examples of ways that neighbors and others in the community can offer assistance when abuse is suspected.

Volunteers can help seniors in the community by assisting with activities such as snow shovelling or grocery shopping. Such informal support networks can complement and enhance an existing network of organized and professional services. The Good Neighbors initiative of the Ontario Office for Seniors' Issues was mentioned by several witnesses as an example of a community-based endeavour that encourages and rewards interdependency among community members while at the same time supporting the independence of more vulnerable members.

Good Neighbors was launched as a pilot program in six Ontario communities in 1989 and by March, 1993, had been adopted or was being planned by more than forty others. The Royal Bank and Shoppers Drug Mart are involved as corporate

sponsors. The central message is to take time to reach out and help one another. The list of people who can do this includes: a neighbor who offers to do an errand; a paper carrier who tells someone when the papers are not being picked up; a utility service person who notices a problem; a bank teller who takes time to explain; an apartment superintendent who changes a light bulb; a store clerk who listens.<sup>64</sup>

Some witnesses mentioned the Gatekeeper program in place in several states in the United States as an example of positive action on the part of the corporate sector. Podnieks noted that: "Gatekeepers are people in the community who have contact with older people such as the postman, the hydro man, bank clerks. All these people are in a prime position to pick up on elder abuse."<sup>65</sup> The Gatekeepers help open the gates between vulnerable older people and the social service or health agencies in the community. They have been described as the "eyes and ears" of community services agencies.

Pearl McKenzie argued that "we have to train the gatekeepers so that anybody who comes in contact with an elderly person has to be alert to the potential or the possibility of abuse. If we do that kind of education, then we can start identifying the abuse that's happening. We can put the whole community on guard to protect and support older people."<sup>66</sup> Gatekeepers learn to recognize certain danger signals such as isolation, confusion, disability, neglect of personal appearance or of property indicating that an older person may need assistance. By making a phone call to a central agency, they obtain assistance from someone able to assess the needs of the older person and arrange for required help.

The original Gatekeeper program was formalized by Puget Sound Power and Light Company in Washington State, USA as a response to utility service workers who saw vulnerable elderly people in need of assistance but who felt inadequate to deal with the situation. This has now been adopted by other utilities including

---

<sup>64</sup> David Moorcroft, Vice-President, Public Affairs, Royal Bank of Canada, Presentation to Sub-Committee, March 30, 1993.

<sup>65</sup> Podnieks, 3:11.

<sup>66</sup> McKenzie, 8:12.

Delmarva Power and Light Company who told the Committee about the high level of satisfaction, both for employees who feel that they are doing something useful and for the company who builds a positive corporate image in the community.<sup>67</sup>

These community initiatives have involved a partnership between the public and the private sector. In the United States, the Committee members were told that the Washington State program was "funded federally to be marketed nationally."<sup>68</sup> The primary message for the corporate sector has been that the Gatekeeper program is easy to implement, involving very little input of time or money and no additional staff or resources. In Canada, the Good Neighbors program was initiated by the government of Ontario with corporate advisers taking part. The government of Nova Scotia is now looking at the program with assistance from the Royal Bank.<sup>69</sup>

The Committee is aware that the concept of partnerships between the public and private sector has been a theme for several federal funding endeavours, including the \$136 million for the 1991 Family Violence Initiative and the \$170 million for the 1993 National Seniors Strategy. The "Ventures in Independence" component of the Seniors Strategy encourages business, labour and other levels of government to initiate projects related to aging and independence in partnership with seniors.

### **The Committee recommends:**

- 17. That the federal government, through the Minister of State for Seniors, actively seek co-investment with other levels of government, business, and labour in neighborhood-based programs to support older people.**

---

<sup>67</sup> Martin Duffy, Presentation to Sub-Committee in Washington, D.C. April 29, 1993; see referral form in Appendix A.

<sup>68</sup> Christine Frysztacki, Deputy Director, Delaware Division on Aging, Presentation to Sub-Committee, Washington, D.C., April 29, 1993.

<sup>69</sup> Moorcroft, 7:12.



## E. Educating Informal Caregivers

Caregivers are generally persons such as spouses, other relatives and friends who provide care to others on a personal basis outside the formal organizational structures of the health and social services. The stress of caring for an elderly, sometimes physically or mentally disabled, person was noted by witnesses. Education about the aging process and about the availability of support services that would offer a respite from the continuous care were deemed essential.

The Committee heard about several responses to the information needs of people who care for elderly relatives. The Royal Bank provided the example of their Eldercare Information Service. This is a toll-free phone service free of charge to employees and their spouses. It helps callers locate and assess resources for older people related to housing, home support needs, respite care, social and recreational programs, health services, and counselling.<sup>70</sup> At the present time, information about elder care services available in the community occurs on an *ad hoc* basis.

### **The Committee recommends:**

- 18. That the federal government, in consultation with other levels of government and with organizations representing employers and employees, establish ways to provide information to meet the needs of caregivers with elder care responsibilities.**

## VI SERVICES

Education to provide more understanding among all segments of society was seen as vital to any effort to prevent abuse of older people. It was recognized, however, that increasing the population's knowledge of the problem might lead to increasing demand for services to solve it. As Pearl McKenzie noted: "Heightening

---

<sup>70</sup> Moorcroft, 7:11.

awareness doesn't cost anything, but you have to be able to respond when someone calls you. You have to have that ability to respond, but right now that's limited. That's what we somehow have to create."<sup>71</sup>

## **A. General Elder Abuse Services**

The need for an "overall coordinated vision and strategy" was seen as important for successful planning and delivery of services in elder abuse.<sup>72</sup> Many witnesses felt that existing services such as police, health, social services, transportation, and housing could be adjusted to meet the needs of these older people: "We need to look at how these different services are responding and orient them to make sure that they can respond to the seniors' needs. That's not creating something new. It's looking at the old and saying, all right, how can we adjust this to make sure it accommodates these people? It's fitting the service to fit the people who have the needs".<sup>73</sup>

The Committee heard repeatedly that appropriate, available and accessible services were the key to success in addressing abuse of older people. Several witnesses spoke about networks of elder abuse services, some about multidisciplinary team approaches. Most efforts to provide elder abuse services involved both paid and volunteer workers. Some suggested that the key to dealing successfully with abuse of the elderly was more focused action by those providing existing services.

Others indicated the need for a focal point in every community, a highly visible place where older people and their families could obtain information about services or where services might be provided. It was suggested that many elder abuse services could be coordinated through the seniors centres already located in nearly every community across Canada. This would facilitate having seniors involved in any program development.

---

<sup>71</sup> McKenzie, 8:20.

<sup>72</sup> Kartes, 4:15.

<sup>73</sup> Leon, 5:23.

Witnesses also noted that both the abuser and the abused should be considered in delivering services. It was suggested that, looking at what caused the problem, not who caused it, might be the most effective way to deal with the situation.<sup>74</sup> Mary Carson supported the idea of having “available necessary resources in the home to meet with the family or the people living together to look at the cause of the problem.”<sup>75</sup> Interventions within the family could identify the source of the problems, perhaps alleviate them, and allow the individuals to live more peacefully together. Citing examples of psychological battering perpetrated by a spouse impaired due to stroke or Alzheimers, Judith Leon argued that: “You don’t always have to deal with the person being battered. Sometimes dealing with a person who is doing the battering is every bit as effective.”<sup>76</sup>

Evidence from studies in the United States revealed that there was “five times more substance abuse among the perpetrators than the victims, but substance abuse services were not offered commensurate with the problem.”<sup>77</sup> In a similar vein, Rosalie Wolf suggested that research findings indicate that each of the common manifestations or categories of abuse may emanate from a different characteristic in the abuser. Thus, physical abuse may be perpetrated by someone with psychological problems; financial abuse by someone driven by greed or need; neglect by someone who is overly dependent on the victim. This, in turn, suggested that different services might be needed for different forms of abuse.<sup>78</sup>

The need for services for the informal caregivers of the elderly is increasingly the focus of various levels of government and of community based organizations. Kathy Yurkowski of the Manitoba Seniors Directorate acknowledged that: “We’re beginning to recognize that the caregiver is under a reasonable amount of stress. We’re looking at a sandwich generation where 40-year-olds who have their own kids to worry about are also looking after their elderly parents... We are looking at respite

---

<sup>74</sup> Katrina Johnson, Presentation to Sub-Committee, Washington, D.C., April 29, 1993.

<sup>75</sup> Carson, 4:17.

<sup>76</sup> Leon, 9:7.

<sup>77</sup> John F. McCarthy, Acting Commissioner on Aging, Presentation to Sub-Committee, Washington, D.C., April 29, 1993, p. 14.

<sup>78</sup> Rosalie Wolf, National Committee for Prevention of Elder Abuse, Presentation to Sub-Committee, Washington, D.C., April 29, 1993.



programs, which will take the senior out of the home for a specified period of time and allow the family to go on holidays or whatever. We have home care that will go in for several hours in the day to allow the care provider some time on their own.”<sup>79</sup>

Another aspect of the informal caregivers’ role is the fact that they provide a wide range of services on a daily basis to older people who might otherwise be in institutions or calling on other services in the community. Committee members felt that this work of informal caregivers should be recognized in economic terms and that a study similar to those carried out on the value of unpaid work in the home needs to be done.<sup>80</sup>

For the abused older person, many witnesses argued that maintaining them in a place of their own in their familiar neighborhood was the best approach. Pearl McKenzie argued that: “Older women often don’t leave because they want to have access to their grandchildren; they want to stay in their own community; they want to be near their doctor, their library — all the things we value as we get older.”<sup>81</sup> Judith Leon talked about Senior Link’s comprehensive services programme, a concept borrowed from England. Maintaining older people in their homes in their communities by providing necessary cleaning, shopping and other social and health services is considered to be less expensive than institutional care in a nursing home. In the program in Kent County, England, the community-based model operated at 60 per cent of the cost of a nursing home.<sup>82</sup>

Committee members heard about a variety of existing services that meet many of the needs of older Canadians. They also heard that these services are often funded on a time limited basis, that they are often not coordinated, and that they require some adjustment to adequately meet the needs of the abused elderly. The Committee believes that the provision of services to prevent and to intervene in elder abuse needs to be accorded a higher priority. They agree that existing centres for seniors could be an effective focal point for both information and services related to elder abuse.

---

<sup>79</sup> Yurkowski, 5:14.

<sup>80</sup> Michael Hanlon, “Women’s ‘unpaid work’ is worth billions” *Toronto Star*, May 9, 1993, p. A1.

<sup>81</sup> McKenzie, 8:7

<sup>82</sup> Leon, 9:12.

## **The Committee recommends:**

19. That the federal government, in consultation with other levels of government, continue to provide funding support for existing services for the elderly and that such services be adapted to address abuse of the elderly.
20. That the federal government provide research money to establish pilot projects on community based alternatives to institutional care for the elderly.
21. That the federal government, in consultation with other levels of government, provide appropriate levels of funding for respite care, day care and other services supportive of informal caregivers of the elderly.
22. That the federal government consider methods of providing payment to family members who care for elderly relatives.

## **B. Advocacy Services**

Several witnesses called for specialized services comprised of advocates who would stand up for seniors. These advocacy services were to give seniors support in pursuing legal or social resolutions to the abusive situation. Michel Couture argued that: "...we have to show abusers, by our actions, that we will not tolerate this type of violence and that we will get involved in what they call their business, in order to ensure that seniors can freely exercise their rights."<sup>83</sup> He felt that: "Given support, older persons will be able to defend their rights. You can't ask them to do more than we are capable of doing."<sup>84</sup>

In Montreal, the *Centre des aînés et des aînées* is attempting to bridge the gap between social, legal and medical services and the elderly. As explained by Michel Couture, the Centre's role is "to help victims of elder abuse, to act for them and with

---

<sup>83</sup> Couture, 4:24.

<sup>84</sup> Couture, 4:30.

them, to defend them, to help them speak out, to be by their side, to support them, to represent them at various stages—from start to finish...”<sup>85</sup>

Michael Stones agreed: “We do need something like a series of elder abuse or elder mistreatment, or whatever you want to call it, health agencies in the same way that we have shelters or personal advocacy groups for women who are in trouble. We don’t have anywhere for the older folks to go.”<sup>86</sup> As he noted, the seniors resource centres currently in place in Newfoundland were dealing with issues of elder abuse although they require additional resources and training to do this in an adequate way.

Pearl McKenzie of North Shore Community Services recommended the development of advocacy services to meet several needs of the elderly: access to information about rights, services and benefits that enable them to live independently; assistance for victims; responsiveness of other services and the justice system; and a place where the older person’s voice is heard.<sup>87</sup>

The Advocacy Centre for the Elderly in Toronto is one organization that offers this type of support. In addition to providing specialized legal services for the elderly, the Centre’s staff work with service providers in the existing system. They provide education to lawyers who don’t do their jobs in explaining how powers of attorney work to seniors and provide education to doctors, to nurses, to other service providers as to how the laws work and how they themselves sometimes discriminate against seniors.<sup>88</sup>

The Committee members were impressed by these varied approaches to establishing necessary advocacy services for older Canadians.

---

<sup>85</sup> Couture, 4:23.

<sup>86</sup> Stones, 6:16.

<sup>87</sup> McKenzie, 8:10.

<sup>88</sup> Wahl, 5:27.



## **The Committee recommends:**

- 23. That the federal government, in consultation with other levels of government, provide funding and other support to facilitate the establishment of seniors advocacy services in the provinces and territories similar to these currently operating in British Columbia, Ontario and Quebec.**

### **C. Emergency Services**

The issue of shelters for elderly victims of abuse was raised by several witnesses. Three forms of shelter are presently available in all provinces or territories for victims of wife assault—transition houses, “second stage” shelters for longer-term accommodation, “safe” houses in private homes. These are funded at different levels and by different methods including per diem funding for each individual sheltered; by bed space available; by “block” funding for a range of services; or a combination of the above.

Many witnesses argued that the primary focus must be to keep the elderly person in their own home and have the abuser leave. It was acknowledged that there was a place for transition houses but that more creative ways could be found to provide supportive housing for people who couldn't stay in their own homes or who didn't have homes. Nova House, a rural women's shelter in Selkirk, Manitoba, received funding to develop materials and to look at housing alternatives for older victims of abuse.<sup>89</sup> The Committee heard that there are a number of concerns related to the older Canadian and the existing system. For elderly women, limitations on physical access and the psychological environment may create problems. For elderly men, no access to existing shelters set up for victims of wife abuse is possible. For older native people, there is a need for culturally sensitive services in either separate or integrated shelters.

The Committee agrees that elderly people should be supported in their own homes wherever possible. However, the members also recognize that this is not always possible and that emergency shelter may be necessary.

---

<sup>89</sup> Ducharme, 5:8.

## **The Committee recommends:**

- 24. That the federal government, in consultation with other levels of government, establish appropriate funding for emergency shelter in homes for the aged, in seniors complexes, and in existing shelters for use by seniors at risk.**

## **VII LEGAL SAFEGUARDS FOR THE VULNERABLE OLDER PERSON**

### **A. *Criminal Code***

Several witnesses told the Committee that there is enough existing legislation to address elder abuse; that we do have laws but we're not enforcing them. Committee members heard that elder abuse is a crime; that the *Criminal Code* and the common or civil law offer protection against many forms of abuse; and that more efforts must be made to enforce the laws currently in place.

Judith Wahl of the Advocacy Centre for the Elderly in Toronto stated: "We see elder abuse incidents as mostly crimes. They're *Criminal Code* offences. Whether somebody is 20 years old or 80 years old, theft is theft. Physical abuse is assault, or sexual assault or criminal negligence causing death, and not just abuse."<sup>90</sup> Michel Couture in a similar vein argued that: "The *Criminal Code* provides us with enough tools to go quite far. There is no point in developing new legislation. We are still not implementing all the legislation we have. What is missing is the will to intervene..."<sup>91</sup>

As the witnesses noted, the *Criminal Code* R.S.C. 1985, c.C-46 could provide protection against the four commonly used categories of abuse. Physical abuse could be covered by the sections that deal with assault, assault causing bodily harm, aggravated assault, unlawfully causing bodily harm, sexual assault and aggravated sexual assault. Psychological abuse could be addressed by sections on assault by means of threats or intimidation. Financial exploitation could be dealt with by theft, misuse of power of attorney, breach of trust, forgery, fraud, and

---

<sup>90</sup> Wahl, 5:21.

<sup>91</sup> Couture, 4:28.

extortion. Neglect could be provided for by the section imposing a duty to provide necessities of life to a person under one's charge if that person is unable by virtue of age, illness or other cause.<sup>92</sup>

However, in spite of the presence of the *Criminal Code*, there was a perception by the public and by many professionals that the law did not currently provide help for victims of abuse. Part of this was explained by Wahl who noted that elder abuse is "not just a criminal matter. Obviously this is a very difficult and delicate social issue, particularly when we see that many of the abusers are in fact family members or close friends."<sup>93</sup> Pearl McKenzie reported that police officers have told her that judges don't want old men brought into court. The result is that "if an elderly husband is battering his wife, police officers have the belief that they can't charge elderly men for assaulting their wives, that the judge would really look at that as being inappropriate."<sup>94</sup>

Police, lawyers and judges were asked to consider ways that the legal system could be made more responsive to the needs of older Canadians in abusive situations. These included: clearer guidelines for police, lawyers and judges on possible charges under existing laws; options for removing the abuser, not the abused from a home; a quicker response to alleged or suspected abuse; initiatives to remove the burden for laying charges from elderly adults to the police; a separate court system for abuse of the elderly along with other family violence cases.

The Committee heard a strong message that the *Criminal Code* can provide the necessary protection for older people who have been abused.

### **The Committee recommends:**

- 25. That the federal government, through the Minister of Justice, work with the provinces to educate members of the police, the legal community and the general public that the existing provisions in the *Criminal Code* are applicable to abuse of older Canadians and are to be enforced.**

---

<sup>92</sup> P. Lynn McDonald et al., *Elder Abuse and Neglect in Canada*, Toronto: Butterworth, 1991, pp. 37-39.

<sup>93</sup> Wahl, 5:21.

<sup>94</sup> McKenzie, 8:14.



26. That the federal government, through the Minister of Justice, review and clarify the effectiveness of the *Criminal Code* in addressing elder abuse.
27. That any section of the *Criminal Code* found during the review to be inadequate either in its provision or in its enforcement for addressing elder abuse be redrafted to enable lawyers, judges and police to respond to suspected abuse.

## B. Adult Protection Legislation

In some Canadian jurisdictions, the enactment of adult protection legislation applicable to all vulnerable adults has been used to respond to elder abuse. Newfoundland passed the first such legislation in 1973 (Neglected Adults Welfare Act), followed by New Brunswick in 1980 (Child and Family Services and Family Relations Act), Nova Scotia in 1985 (Adult Protection Act) and Prince Edward Island in 1988 (Adult Protection Act). The laws provide a legal framework for emergency intervention by health and social service personnel in domestic and other settings where abuse might be occurring. In Newfoundland and Nova Scotia reporting of suspected cases is mandatory; Prince Edward Island has adopted voluntary reporting while New Brunswick has no statutory reporting requirement.

Witnesses told the Committee that many seniors are opposed to mandatory reporting. Elaine Scott suggested that: "Seniors fear reporting, because they fear that they are going to be put into a nursing home...Some seniors feel that they should have the right to choose, even if they choose to live in risk."<sup>95</sup> Judith Wahl confirmed this and added that: "...mandatory reporting is a very ageist response to a very difficult problem. It often takes away the power from the senior...Mandatory reporting lets a lot of professionals off the hook, because they pass it on to someone else..."<sup>96</sup>

Many witnesses argued that self-determination by seniors was a primary principle to be respected. Judith Leon cited examples of seniors who had to pull in psychologists from outside the system "to overrule the decisions of some of the

---

<sup>95</sup> Scott, 1:12.

<sup>96</sup> Wahl, 5:24.

public health bodies who say that isolated or reclusive or eccentric senior should be put in a nursing home for their own good. If they do not want to go into a nursing home, they should not have to go into one, if they are of clear mind..."<sup>97</sup>

Poirier told the Committee that the Nova Scotia adult protection legislation has been challenged under section 7 of the *Canadian Charter of Rights and Freedoms* that enshrines the right to "life, liberty and security of the person." He questioned the use of the Nova Scotia law against people who don't want to be served: "What kind of society is that, when, if people don't want any services, you force services upon them, simply because doing so relieves your conscience, as social workers or professionals?"<sup>98</sup>

In the United States, as of November 1990, 42 states and the District of Columbia had adopted mandatory voluntary reporting laws and 8 had made reporting voluntary. Gregory J. McDonald of the General Accounting Office and Sara Aravanis of the National Association of State Units on Aging told the Committee that most experts considered reporting laws — whether mandatory or voluntary — to be less effective than other factors in addressing elder abuse. The GAO survey of state officials showed that public and professional awareness was deemed to be most effective for identification while in-home services were most effective for prevention and treatment.<sup>99</sup>

The Committee agrees that adult protection legislation may not be the most effective way to deal with abuse of seniors. Before any more provinces move in this direction, the members would like a focused study of existing provincial legislation.

### **The Committee recommends:**

**28. That the federal government, through the Minister of Justice, work with the provinces to undertake a study of the adult protection legislation enacted in several jurisdictions across Canada in order**

---

<sup>97</sup> Leon, 9:37.

<sup>98</sup> Poirier, 9:31.

<sup>99</sup> Sara Aravanis, National Association of State Units on Aging and Gregory J. McDonald, General Accounting Office, Presentations to Sub-Committee, Washington, D.C., April 28, 1993. Their statements were based on the GAO Report to the Chairman, Subcommittee on Human Services, Select Committee on Aging, House of Representatives, *Elder Abuse: Effectiveness of Reporting Laws and Other Factors*, April 1991.

**to determine its conformity with the *Canadian Charter of Rights and Freedoms*; its effectiveness in achieving its stated purpose; and its impact on older Canadians.**

### **C. Guardianship Legislation**

Guardianship legislation has usually applied to situations where there is a perceived long-term need for providing assistance to an elderly person. The guardian provides substitute decision making and assistance in either personal care decisions or property and financial matters or both. All provinces legislate separately and reform in Alberta (1978), Saskatchewan (1989), Quebec (1991) and Ontario (1993) gave greater recognition to individual needs and the reality that some people require total guardianship while others only require assistance for a limited time. New legislation planned by Ontario to address substitute decision-making, guardianship and advocacy was deemed to be of potential assistance to seniors who might be victims of abuse.

Wahl acknowledged that some seniors need greater protection but that this should come in the form of guardianship legislation for those seniors who are judged to be incapable of making decisions. As she told the Committee, "if the agencies are concerned that the senior who is incapable can't reach out for help, then what we are really looking at are issues related to mental incapacity, the inability to decide, the inability to choose options. Then we need guardianship reform..."<sup>100</sup>

She does not see this as an easy thing to sort out: "I would support that there is a difficult balance we have to strike between people's independence, seniors' independence, adults' independence, with the duty of the state to protect and provide for people who are incapable of caring for themselves. How do we strike that balance? I would argue the balance rests on competency. If you are competent to decide, you should be supported in your decision-making. If you are incompetent to decide, then it justifies a greater intervention."<sup>101</sup>

---

<sup>100</sup> Wahl, 5:25.

<sup>101</sup> Wahl, 5:25.



Committee members heard that guardianship legislation can protect vulnerable older Canadians if properly applied.

**The Committee recommends:**

- 29. That the Minister of State for Seniors and the Minister of Justice consult with the provinces and territories on guardianship legislation and ways to strengthen the rights of seniors.**

## **VIII EVALUATING WHAT WORKS**

Witnesses emphasized the need to evaluate the effectiveness of the various social, legal and health interventions aimed at preventing elder abuse to assess among other things whether they reached the desired audience and whether they achieved the desired outcome. The Committee heard that before more money is spent, “we have to know what’s working, and if it’s not working we should move on and try something else.”<sup>102</sup>

The witnesses indicated that evaluation can mean many different things to different people in different areas. Some examples were suggested by witnesses. For educational materials aimed at young children, evaluation can mean testing the attitudes of children before exposure to the materials and then testing to see if their attitudes changed in any way afterwards. On educational material aimed at adults, it can mean a quiz about the facts contained in a particular pamphlet taken both before and then again after reading it. For educational material generally, it can mean something as simple as finding out how many people took a pamphlet or how many people called an inquiry line.

Witnesses also spoke about some of the difficulties in carrying out evaluations. One of the key elements of any evaluation is the need to do an adequate evaluation of the situation prior to the exposure to a certain program to establish a baseline for future comparison. This can be complicated by the fact that a program may be targeted at individuals or it may be targeted at a broad population. In turn, a program may be delivered by an individual practitioner such as a social worker, physician,

---

<sup>102</sup> Podnieks, 3:15.

lawyer interacting with an individual client or it may be delivered by several members of a team using a community based approach to large populations. In addition, by the time an evaluation of a program can be completed, usually after the end of a project, there may be no money left to complete the evaluation satisfactorily.

Another issue in evaluating a particular program, for example, a school-based program to promote positive feelings toward the elderly, relates to the difficulty of controlling for other factors such as parental or peer influence as well as campaigns in the media. A long-term study would have to be aware of and attempt to control for factors that might change over time.

While the growing number of programs across the country is seen as a positive sign of commitment to a serious problem - abuse of older Canadians - the lack of coordination among various levels of government and various organizations can mean that opportunities to learn are limited. Thus, programs that have demonstrated a positive effect in reducing abuse of the elderly in one community may be unknown to other parts as for example, videos, pamphlets, training manuals for police or other service providers. Efforts by funding bodies such as Seniors Independence/New Horizons to build a requirement for dissemination into the project budget can help to overcome this.

Committee members are aware that most federal departments involved in the Family Violence Prevention Initiative require evaluation of the funded projects. They also heard that additional follow-up is needed to ensure this is done adequately. Careful assessment must be done to ensure that sufficient funds are allocated for evaluation; that the evaluation is properly conducted and that the results are made available to other groups doing similar programs.

### **The Committee recommends:**

- 30. That the federal government establish mechanisms to ensure that any project involving federal funds include a separate and sufficient amount for evaluations of effectiveness of educational, health, social and legal interventions relating to abuse of the elderly.**

31. That the federal government provide guidance on appropriate evaluation methods for different interventions.
32. That annual progress reports on the results of all evaluations, positive and negative, carried out on any federally funded projects be made public.





## SOCIAL, LEGAL AND MEDICAL SOLUTIONS

---

One Voice called elder abuse “an abhorrent social, health, and legal problem in Canadian society.”<sup>103</sup> The Committee recognized that the problem cuts across these diverse sectors and acknowledged that any solutions must be both flexible enough to apply to all areas and focussed enough to be effective in addressing the abuse of every older Canadian.

The Committee heard that education for increased public awareness is a major priority. Educating seniors, young people, service providers, community members, and informal caregivers is essential. Members agreed with witnesses that strengthening and focusing existing community based services is another priority area. Winnie Giesbrecht of the Native Women’s Association told the Committee that any federal funding related to family violence must go to the people who work in the community. In the case of native people as with many others, “women are the ones who work in the service-providing areas.”<sup>104</sup> Using existing seniors centres to provide a focal point for seniors and their families seeking help and organizing existing housing, transportation, financial, legal, social and health services to be aware of and to respond to elder abuse are among the efforts already underway.

The Committee agreed that the key to success in preventing, intervening and treating abuse of the elderly is to involve everyone in breaking the silence. In the words of Michel Couture:

If we can't get in by the left side, we can get in by the right. If that doesn't work, we'll get in by the back. There are many keys that haven't been counted or used.<sup>105</sup>

---

<sup>103</sup> Darrah, 2:6.

<sup>104</sup> Giesbrecht, 9:21.

<sup>105</sup> Couture, 4:28.







## APPENDIX A

Community support for the elderly

Date of Referral: \_\_\_\_\_ 1st Referral: \_\_\_\_\_

Referral Employee: \_\_\_\_\_ Supervisor: \_\_\_\_\_

Work Location: \_\_\_\_\_ Dept.: \_\_\_\_\_ Extention: \_\_\_\_\_

Customer Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Directions: \_\_\_\_\_

Phone Number: \_\_\_\_\_

Customer Referred Because:

- \_\_\_\_\_ SOCIAL CONDITION  
Older person living alone, or otherwise isolated form social contact. Possible victim of physical abuse, neglect or financial abuse.
- \_\_\_\_\_ CONDITION OF HOME  
In need of repair, neglected yard, ild newspapers lying about, offensive odors or unattended pets.
- \_\_\_\_\_ COMMUNICATION  
Confused, disoriented, forgergul, excessive reminniscing, angry or hostile.
- \_\_\_\_\_ PERSONAL APPEARANCE  
Unkempt, dirty clothes, uncombed hair or unshaven.
- \_\_\_\_\_ PHYSICAL LIMITATION  
Severe difficulty in seeing, speaking, hearing or moving about.
- \_\_\_\_\_ EMOTIONAL HEALTH  
Excessive statements of rejection, not eating, or sleaking, hearing or moving about. .

Briefly Describe Your Concern About The Customer's Situation:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Customer Indicated Help Would Be:

\_\_\_\_\_ ACCEPTED \_\_\_\_\_ REJECTED \_\_\_\_\_ NOT INDICATED \_\_\_\_\_ ANONYMOUS

Location of Aging Office Contacted: \_\_\_\_\_

Referral Given To: \_\_\_\_\_ Company Representative: \_\_\_\_\_

**Delmarva  
Power**



## APPENDIX B

### List of Witnesses

Associations and Individuals	Issue	Date
<b>Advocacy Centre for the Elderly</b> Judith A. Wahl, Executive Director.	5	Tuesday, March 9, 1993
<b>Canadian Bankers Association</b> Joanne DeLaurentiis, Vice-President and Director, Domestic Banking and Public Affairs.	7	Tuesday, March 30, 1993
<b>Centre de défense des aînés et des aînées du Québec</b> Michel Couture, President and Executive Director.	4	Tuesday, February 23, 1993
<b>Department of Health and Welfare</b> Elaine Scott, Director, Family Violence Prevention Division, Social Services Programs Branch.	1	Tuesday, February 2, 1993
<b>Manitoba Legislature</b> Hon. Gerry Ducharme, Minister responsible for Seniors.	5	Tuesday, March 9, 1993
<b>Manitoba Senior Directorate</b> Kathy Yurkowski, Executive Director.		
<b>Native Canadian Centre of Toronto</b> Dennis Lewis.	6	Tuesday, March 23, 1993



Associations and Individuals	Issue	Date
<b>Native Women's Association of Canada (Winnipeg)</b> Winnie Giesbrecht, Executive Member.	9	Tuesday, May 4, 1993
<b>Nepean Police Service and Queensway Carleton Hospital</b> David Ashton, Police Supervisor; Mary Carson, Director of Nursing, Geriatric and Psychiatric Services; Lori Kartes, Social Worker; Michelle E. Paton, Research and Programme Analyst.	4	Tuesday, February 23, 1993
<b>North Shore Community Services</b> Pearl McKenzie, Executive Director.	8	Tuesday, April 20, 1993
<b>One Voice—The Canadian Seniors Network</b> Berdie Darrah, Chair NBSCF Reta Deunisch-Turner, Older Women's Network; Claudette Légaré, Elder Abuse Project Manager.	2	Tuesday, February 9, 1993
<b>Royal Bank of Canada</b> David Moorcroft, Vice-President, Public Affairs.	7	Tuesday, March 30, 1993

Associations and Individuals	Issue	Date
<b>School of Nursing—Ryerson Polytechnical Institute</b> Elizabeth Podnieks.	3	Tuesday, February 16, 1993
<b>Senior Link (Toronto)</b> Judith Leon, Executive Director.	9	Tuesday, May 4, 1993
<b>University of Moncton, Faculty of Law</b> Donald Poirier, Professor.	9	Tuesday, May 4, 1993
<b>University of Newfoundland</b> Dr. Michael J. Stones.	6	Tuesday, March 23, 1993





### List of Individuals Consulted in Washington D.C.

---

American Association for Retired Persons

DaCosta R. Mason

Senior Legal Program Coordinator

Delaware Health and Social Services

Christine Frysztacki

Deputy Director, Division on Aging

Delaware Private Industry Council

Martin F. Duffy

Executive Director

Department of Health and Human Services

Alfred Duncker

Director of the Division of Research and Demonstration

Administration on Aging

Department of Health and Human Services

John F. McCarthy

Acting Commissioner on Aging

Administration on Aging

Department of Health and Human Services

Moya Benoit Thompson

Senior Legal Officer

Administration on Aging

Department of Health and Human Services

Carol Thornhill

Elder Abuse Project Officer

Administration on Aging

Department of Health and Human Services  
Sue Wheaton  
Program Specialist  
Administration on Aging

General Accounting Office  
Gregory J. McDonald,  
Director  
Human Services and Policy and Management Issues  
Human Resources Division

General Accounting Office  
James C. Musselwhite Jr.  
Senior Social Science Analyst  
Human Resources Division

National Association of State Units on Aging  
Sara Aravanis  
Associate Director for Elder Rights

National Committee for the Prevention of Elder Abuse  
Robert Blancato,  
Vice-President  
Staff Director of House Select Subcommittee on Aging

National Committee for the Prevention of Elder Abuse  
Dr. Rosalie Wolf,  
President  
Medical Center of Central Massachusetts

National Institute on Aging  
National Institute of Health  
Dr. Katrina Johnson  
Health Science Administrator  
Behavioral and Social Research Program

National Institute on Aging  
Sylvia B. Kniel  
Program Analyst  
Behavioral and Social Research

New Older Americans Caucus  
Bill Johnson-Walsh  
Director  
Legislative Assistant to Congressman Hughes

Senate Special Committee on Aging  
Katherine M. Kellenberg  
Health Policy Analyst

U.S. House of Representatives  
The Honorable William J. Hughes

U.S. House of Representatives  
The Honorable Ralph Regula





## Request for Government Response

Your Committee requests that the Government table a comprehensive response to this report.

A copy of the relevant Minutes of Proceedings and Evidence (*Issue No. 21, which includes this report*) is tabled.

Respectfully submitted,

BARBARA GREENE,  
*Chair.*





# Minutes of Proceedings

THURSDAY, MAY 27, 1993

(27)

[Text]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met *in camera* at 3:25 o'clock p.m. this day, in Room 208, West Block, the Chair, Barbara Greene, presiding.

*Members of the Committee present:* Edna Anderson, Barbara Greene, Barbara Sparrow and Stan Wilbee.

*Acting Member present:* Lawrence MacAulay for Rey Pagtakhan.

*In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament:* Odette Madore and Nancy Miller Chenier, Research Officers.

The Committee proceeded to the consideration of the First Report of the Sub-Committee on Senior Citizens Health Issues relating to elderly abuse.

It was agreed,—That the Committee ask the Chair to present the First Report of the Sub-Committee on Senior Citizens Health Issues as the Seventh Report to the Standing Committee to the House of Commons.

It was agreed,—That pursuant to Standing Order 109, the Committee request that the Government table a comprehensive response to this Report.

It was agreed,—That the Committee print 4,000 copies of this Report, in tumble bilingual format, with a distinctive cover page.

At 3:28 o'clock p.m. the Committee adjourned to the call of the Chair.

Eugene Morawski,  
*Clerk of the Committee*

















## Procès-verbaux

LE JEUDI 27 MAI 1993  
(27)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit à huis clos à 15 h 25, dans la salle 208 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Barbara Greene (présidente).

*Membres du Comité présents:* Edna Anderson, Barbara Greene, Barbara Sparrow et Stan Wilbee.

*Membre suppléant présent:* Lawrence MacAulay remplaçant Rey Pagtakhan.

*Aussi présentes:* Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement:

Odette Madore et Nancy Miller, attachées de recherche.

Le Comité examine le Premier rapport du Sous-comité sur les questions de santé concernant les personnes âgées, qui porte sur les mauvais traitements dont sont victimes les aînés.

Il est convenu, —Que le Comité demande à la présidente de présenter à la Chambre des communes le Premier rapport du Sous-comité (Septième rapport du Comité permanent).

Il est convenu, —Qu'en application de l'article 109 du Règlement, le Comité demande au gouvernement une réponse globale au rapport.

Il est convenu, —Que le comité fasse tirer 4 000 exemplaires du rapport, format bilingue, tête-bêche, avec couverture spéciale.

À 15 h 28, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidente.

*Le greffier du Comité*

Eugene Morawski





## **Demande de réponse du gouvernement**

Le Comité prie le gouvernement de déposer une réponse globale à ce rapport. Un exemplaire des Procès-verbaux et témoignages pertinents (*fascicule n° 21, qui comprend le présent rapport*) est déposé.

Respectueusement soumis,

*La présidence,*

BARBARA GREENE



National Institute on Aging  
National Institute of Health  
Dr. Katrina Johnson  
Health Science Administrator  
Behavioral and Social Research Program  
National Institute on Aging  
Sylvia B. Kniel  
Program Analyst  
Behavioral and Social Research  
New Older Americans Caucus  
Bill Johnson-Walsh  
Director  
Legislative Assistant to Congressman Hughes  
Senate Special Committee on Aging  
Katherine M. Kellenberg  
Health Policy Analyst  
U.S. House of Representatives  
The Honorable William J. Hughes  
U.S. House of Representatives  
The Honorable Ralph Regula



Department of Health and Human Services  
Carol Thornhill  
Elder Abuse Project Officer  
Administration on Aging

Department of Health and Human Services  
Sue Wheaton  
Program Specialist  
Administration on Aging

General Accounting Office  
Gregory J. McDonald  
Director

Human Services and Policy and Management Issues  
Human Resources Division

General Accounting Office  
James C. Musselwhite Jr.  
Senior Social Science Analyst  
Human Resources Division

National Association of State Units on Aging  
Sara Aravanis  
Associate Director for Elder Rights

National Committee for the Prevention of Elder Abuse  
Robert Blancato  
Vice-President  
Staff Director of House Select Subcommittee on Aging

National Committee for the Prevention of Elder Abuse  
Dr. Rosalie Wolf  
President

Medical Center of Central Massachusetts

## ANNEXE C

### Liste des particuliers entendus à Washington, D.C.

---

American Association for Retired Persons

DaCosta R. Mason

Senior Legal Program Coordinator

Delaware Health and Social Services

Christine Frysztacki

Deputy Director, Division on Aging

Delaware Private Industry Council

Martin F. Duffy

Executive Director

Department of Health and Human Services

Alfred Duncker

Director of the Division of Research and Demonstration

Administration on Aging

Department of Health and Human Services

John F. McCarthy

Acting Commissioner on Aging

Administration on Aging

Department of Health and Human Services

Moya Benoit Thompson

Senior Legal Officer

Administration on Aging





Organisations et particuliers			Fascicule	Date
<b>Senior Link (Toronto) :</b> Judith Leon, directrice exécutive.			9	Le mardi 4 mai 1993
<b>Service policier de Napean</b> et de l'Hôpital Queensway Carleton: David Ashton, policier en chef; Mary Carson, directrice des Sciences infirmières, Service de gériatrie et psychiatrie; Lori Kartes, travailleur social; Michelle E. Paton, analyste à la recherche.			4	Le mardi 23 février 1993
<b>Université de Moncton, la</b> <b>faculté de droit :</b> Donald Poirier, professeur.			9	Le mardi 4 mai 1993
<b>Université de Terre-Neuve :</b> Dr Michael J. Stones.			6	Le mardi 23 mars 1993

Direction des personnes âgées du Manitoba : Kathy Yurkowski, directrice exécutive	5	Le mardi 9 mars 1993
École d'infirmierie — Institut polytechnique Ryerson : Elizabeth Podnieks.	3	Le mardi 16 février 1993
La Voix — Le réseau canadien des aînés Berdie Darragh, présidente, NBSCF; Reta Deunisch-Turner, Older Women's Network; Claudette Légare, gestionnaire du projet.	2	Le mardi 9 février 1993
Législature du Manitoba : L'hon. Gerry Ducharme, Ministre responsable des personnes âgées	5	Le mardi 9 mars 1993
Ministère de Santé et Bien-être social : Elaine Scott, directrice, Division de la prévention de la violence familiale, Programmes de service social, Direction générale.	1	Le mardi 2 février 1993
Native Canadian Centre of Toronto : Dennis Lewis.	6	Le mardi 23 mars 1993
North Shore Community Services : Pearl McKenzie, directrice exécutive.	8	Le mardi 20 avril 1993

## ANNEXE B

### Liste des témoins

Organisations et particuliers	Fascicule	Date
Advocacy Centre for the Elderly : Judith A. Wahl, directrice exécutive.	5	Le mardi 9 mars 1993
Association des banquiers canadiens : Joanne Delarentis, vice-présidente et directrice, Affaires publiques et réseau canadien.	7	Le mardi 30 mars 1993
Association des femmes autochtones du Canada (Winnipeg) : Winnie Giesbrecht, membre exécutif.	9	Le mardi 4 mai 1993
Banque royale du Canada : David Moorcroft, vice-président, Affaires publiques.	7	Le mardi 30 mars 1993
Centre de défense des aînés et des aînées du Québec : Michel Couture, président-directeur général.	4	Le mardi 9 février 1993







Programme de soutien communautaire pour les personnes âgées

Date de l'aiguillage : \_\_\_\_\_ 1<sup>er</sup> aiguillage : \_\_\_\_\_

Auteur de l'aiguillage : \_\_\_\_\_ Surveillant : \_\_\_\_\_

Lieu de travail : \_\_\_\_\_ Service : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_

Nom du bénéficiaire : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Indications : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Raisons de l'aiguillage : \_\_\_\_\_

SITUATION SOCIALE

Le bénéficiaire vit seul ou sans contacts sociaux. Il est peut-être victime de mauvais traitements, délaissé ou exploité financièrement.

ÉTAT DU DOMICILE

Le domicile est délabré, la cour n'est pas entretenue, il y a des odeurs et des vieux journaux à la traîne, les animaux sont laissés à eux-mêmes.

COMMUNICATION

Le bénéficiaire est désorienté, distrait ou négligent, il vit dans le passé, il exprime de la colère ou de l'hostilité.

ASPECT PHYSIQUE

Allure négligée, vêtements sales; le bénéficiaire n'est pas peigné ou rasé. LIMITES PHYSIQUES

Éprouve beaucoup de difficulté à voir, à parler, à entendre ou à se déplacer.

SANTÉ AFFECTIVE

Le bénéficiaire se sent rejeté, il ne mange pas ou dort mal; perte récente du conjoint, d'un membre de la famille, d'un ami ou d'un animal familier. Semble anxieux, agité ou renfermé.

Expliquez en quelques mots pourquoi la situation du bénéficiaire vous inquiète :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Attitude du bénéficiaire à l'égard de l'aide offerte :

ACQUISCEMENT \_\_\_\_\_ REFUS \_\_\_\_\_ AUCUNE INDICATION \_\_\_\_\_ ANONYME \_\_\_\_\_

Emplacement du bureau du vieillissement : \_\_\_\_\_

Bénéficiaire dirigé vers : \_\_\_\_\_ Représentant de la société : \_\_\_\_\_

Si on ne peut pas entrer à gauche, on peut entrer par le côté droit. Sinon, on passera par en arrière. Il y a beaucoup de clés qu'on n'a pas inventoriées et qu'on n'a pas utilisées<sup>105</sup>.



La Voix a qualifié les mauvais traitements infligés aux aînés de « problème social, juridique et psychologique odieux de la société canadienne<sup>103</sup> ». Le Comité reconnaît que le problème trappe les divers secteurs et que les solutions doivent être assez souples pour s'appliquer à tous les domaines et assez précises pour attaquer le problème du mauvais traitement de tous les Canadiens âgés.

Les témoins ont dit au Comité que la sensibilisation du public constitue une importante priorité. Éduquer les personnes âgées, les jeunes, les fournisseurs de services, les membres de la collectivité et les dispensateurs de soins non officiels est essentiel. Les membres conviennent avec les témoins qu'une autre mesure prioritaire consiste à renforcer et à cibler les services communautaires actuels. Winnie Giesbrecht, de l'Association des femmes autochtones, a déclaré au Comité que tout financement fédéral relatif à la violence familiale doit être accordé aux gens qui travaillent dans le milieu et elle a souligné que, aussi bien chez les autochtones qu'ailleurs, « les femmes sont celles qui travaillent dans les services<sup>104</sup> ». On s'emploie déjà notamment à utiliser les centres des aînés comme point de ralliement des aînés et des familles qui cherchent de l'aide et à faire en sorte que les services de logement, de transport, de santé ainsi que des services juridiques, financiers et sociaux soient sensibilisés au problème de la violence faite aux personnes âgées et puissent contribuer à sa solution.

Les membres du Comité conviennent que le succès de la prévention, de l'intervention et de la solution des mauvais traitements infligés aux personnes âgées suppose que tout le monde rompe le silence. Pour reprendre les termes employés par Michel Couture :

<sup>103</sup> Darrah, 2:6.

<sup>104</sup> Giesbrecht, 9:21.

30. Que le gouvernement fédéral mette en place des mécanismes afin que tous les projets qu'il finance prévoient un montant distinct et suffisant pour l'évaluation de l'efficacité des interventions éducationnelles, médicales, sociales et juridiques relatives aux mauvais traitements infligés aux personnes âgées;

31. Que le gouvernement fédéral donne des indications sur les méthodes d'évaluation pertinentes selon divers types d'intervention;

32. Que des rapports annuels sur les résultats de toutes les évaluations, positives et négatives, concernant un projet financé par le gouvernement fédéral soient rendus publics.

faisant appel à une démarche communautaire pour atteindre un grand nombre de personnes. De plus, quand vient le moment d'effectuer l'évaluation du programme, habituellement après la fin du projet, il n'y a peut-être plus de fonds pour le faire de manière satisfaisante.

Une autre question que soulève l'évaluation d'un programme en particulier, par exemple un programme scolaire visant à favoriser les sentiments positifs à l'égard des personnes âgées, est la difficulté de contrôler d'autres facteurs comme l'influence des parents ou des compagnons, ainsi que les campagnes dans les médias. Une étude à long terme devrait tenir compte des facteurs susceptibles d'évoluer avec le temps et tenter de contrôler ces facteurs.

Bien que le nombre croissant de programmes au pays soit considéré comme un signe positif de l'engagement face à un problème grave — les mauvais traitements infligés aux personnes âgées — l'absence de coordination entre les divers paliers de gouvernement et les diverses organisations peut vouloir dire que les possibilités de tirer les leçons sont limitées. Ainsi, des programmes qui ont permis de réduire les mauvais traitements aux aînés dans une ville en particulier pourraient être inconnus ailleurs. Ce serait le cas, par exemple, de vidéos, de brochures, de manuels de formation à l'intention des policiers ou d'autres fournisseurs de services. Les efforts des organismes de financement tels que le Programme d'autonomie des aînés et Nouveaux horizons en vue d'intégrer la diffusion de renseignements dans le budget du projet pourraient contribuer à surmonter cet obstacle.

Les membres du Comité sont conscients que la plupart des ministères fédéraux qui participent à l'initiative de lutte contre la violence familiale exigent l'évaluation des projets financés. Ils savent aussi qu'il faut assurer un suivi pour que cette évaluation se fasse correctement. Il faut une étude soignée pour veiller à ce que des sommes suffisantes soient affectées à l'évaluation; que l'évaluation soit bien menée et que les résultats soient mis à la disposition des autres groupes qui offrent des programmes semblables.



**29. Que le ministre d'État pour le troisième âge et le ministre de la Justice consultent les provinces et les territoires sur la législation concernant la tutelle et sur les moyens de renforcer les droits des personnes âgées.**

## **VIII L'ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ**

Les témoins ont souligné la nécessité d'évaluer l'efficacité des diverses interventions sociales, juridiques et médicales visant à prévenir les mauvais traitements infligés aux personnes âgées et de déterminer, entre autres choses, si la clientèle cible, et les objectifs sont atteints. Un témoin a affirmé qu'avant de dépenser davantage « nous devons savoir ce qui marche et si quelque chose ne donne pas les résultats escomptés, nous devons passer à autre chose, essayer autre chose<sup>102</sup>».

Les témoins ont indiqué que l'évaluation peut avoir des sens différents selon les gens et les domaines. Ils ont donné des exemples. Pour le matériel pédagogique destiné aux jeunes enfants, l'évaluation peut vouloir dire évaluer l'attitude des enfants avant et après le contact avec le matériel pour voir si elle a changé. Pour le matériel destiné aux adultes, il peut s'agir d'un questionnaire sur les faits contenus dans une brochure, auquel les adultes répondraient avant et après avoir lu la brochure. Pour le matériel éducatif en général, il peut s'agir tout simplement de déterminer combien de personnes ont pris la brochure ou combien ont appelé le service de renseignements.

Les témoins ont aussi évoqué les difficultés que présentent les évaluations. L'un des éléments clés de toute évaluation est la nécessité d'évaluer correctement la situation avant la mise en contact avec un programme en particulier pour établir une base de comparaison. L'évaluation peut être compliquée par le fait qu'un programme s'adresse à des individus ou à une vaste population et peut être exécuté par un professionnel tel qu'un travailleur social, un médecin, un avocat qui fait affaire avec la clientèle cible ou encore par une équipe de plusieurs membres

## C. La législation concernant la tutelle

Les lois sur la tutelle s'appliquent habituellement lorsqu'on perçoit le besoin à long terme d'aider une personne âgée. Le tuteur prend des décisions pour autrui ou participe aux décisions relatives aux soins personnels et aux biens ou aux questions financières, ou les deux. Toutes les provinces agissent de leur propre chef, et les réformes en Alberta (1978), en Saskatchewan (1989), au Québec (1991) et en Ontario (1993) ont accordé une plus grande place aux besoins individuels et au fait que certaines personnes nécessitent une tutelle complète alors que d'autres n'ont besoin d'aide que pendant une période limitée. La nouvelle législation prévue en Ontario sur les décisions prises par autrui, la tutelle et les services de défense pourrait aider les personnes âgées maltraitées.

Judith Wahl reconnaît que certaines personnes âgées ont davantage besoin de protection que d'autres, mais que cette protection devrait être assurée par l'entremise de lois sur la tutelle à l'intention de celles qui sont jugées incapables de prendre des décisions. Comme elle le déclarait au Comité, « si les inquiétudes de l'organisme tiennent au fait que la personne âgée incapable ne peut pas appeler à l'aide, le vrai problème est un problème d'incapacité mentale, d'incapacité de décider, d'incapacité de choisir. Nous devons alors doter d'une nouvelle forme de tutelle. . .<sup>100</sup> »

Selon elle, il n'est pas facile de faire la part des choses : « Le juste milieu est difficile à atteindre, car il se situe entre l'indépendance des gens, l'indépendance des personnes âgées, l'indépendance des adultes et le devoir de l'État de protéger les personnes qui ne peuvent pas s'occuper d'elles-mêmes et de leur fournir des soins. Comment pouvons-nous y arriver? Tout repose, selon moi, sur la capacité. Si vous êtes capable de décider, on devrait vous soutenir dans vos choix. Si vous n'êtes pas capable de décider, une intervention plus forte s'impose alors<sup>101</sup>. »

Les membres du Comité reconnaissent que les lois sur la tutelle peuvent protéger les Canadiens âgés vulnérables, si elles sont bien appliquées.

<sup>100</sup> Wahl 5:25.  
<sup>101</sup> Wahl, 5:25.

quand on force des gens à recevoir des services dont ils ne veulent pas, simplement parce que cela soulage la conscience du travailleur social ou du professionnel<sup>98</sup>?

Aux États-Unis, en novembre 1990, 42 États et le district de Columbia avaient adopté des lois prévoyant la dénonciation obligatoire et les 8 autres préoyaient une dénonciation volontaire. Gregory J. McDonald, du *General Accounting Office* (GAO), a déclaré au Comité que la plupart des spécialistes considèrent les lois prévoyant la dénonciation — obligatoire ou volontaire — moins efficaces que d'autres solutions pour lutter contre les mauvais traitements infligés aux personnes âgées. Le sondage mené par le GAO auprès des fonctionnaires a révélé que la sensibilisation du public et des professionnels est considérée comme le moyen le plus efficace de repérer les mauvais traitements tandis que les services à domicile sont les moyens de prévention et de traitement les plus efficaces<sup>99</sup>.

Le Comité convient que les lois sur la protection des adultes ne sont peut-être pas le meilleur moyen de lutter contre les mauvais traitements infligés aux aînés. Avant que d'autres provinces ne prennent des mesures en ce sens, les membres aimeraient voir une étude détaillée des lois provinciales existantes.

#### Le Comité recommande :

28. Que le gouvernement fédéral, par l'entremise du ministre de la Justice, collabore avec les provinces afin d'effectuer une étude sur la législation visant la protection des adultes en vigueur dans plusieurs provinces au Canada, afin de déterminer si elle est conforme à la *Charte canadienne des droits et libertés*, dans quelle mesure elle atteint les buts visés et son incidence sur les personnes âgées.

98

Poirier, 9:31.

99

Sara Aravanis, National Association of State Units on Aging and Gregory J. McDonald, General Accounting Office, Présentation au Sous-comité, Washington, D.C., 28 avril 1993. Ces déclarations se trouvent sur le rapport du GAO au président du Sous-comité des services humanitaires, Comité spécial sur le vieillissement, Chambre des représentants, *Elder Abuse : Effectiveness of Reporting Laws and Other Factors*, avril 1991.



lois établissent un cadre juridique pour l'intervention d'urgence par le personnel des services de santé et des services sociaux dans les affaires de ménage et dans d'autres situations où il peut y avoir de la violence. À Terre-Neuve et en Nouvelle-Écosse, il est obligatoire de dénoncer les cas soupçonnés; l'Île-du-Prince-Édouard a plutôt adopté le principe de la dénonciation volontaire tandis que le Nouveau-Brunswick n'a pas défini d'exigences à ce sujet.

Les témoins ont déclaré au Comité que de nombreuses personnes âgées s'opposent à la dénonciation obligatoire. Selon Elaine Scott, «les personnes âgées ont peur de faire des rapports car elles ont peur de se retrouver en foyer. [ . . . ] Certaines personnes âgées estiment qu'elles devraient avoir le droit de choisir même si ce choix entraîne pour elles un risque<sup>95</sup>». Judith Wahl s'est déclarée du même avis et a ajouté que «la dénonciation obligatoire est une réponse très viciolotte à un problème fort ardu, car elle a souvent pour conséquence d'enlever tout pouvoir à la personne âgée. [ . . . ] La dénonciation obligatoire déresponsabilise les gens en leur permettant de passer la balle à quelqu'un d'autre<sup>96</sup>».

De nombreux témoins ont soutenu que l'autonomie des personnes âgées est un principe de base qu'il faut respecter. Judith Leon a donné les exemples d'âinés qui ont dû «faire intervenir des psychologues de l'extérieur du système pour que soient renversées des décisions de certains organismes de santé publique qui affirment qu'une personne âgée isolée, solitaire ou excentrique devrait être placée dans un foyer pour son propre bien. Si ces personnes ne veulent pas aller dans un foyer, on ne devrait pas les y obliger si elles sont saines d'esprit. . . .<sup>97</sup>»

Donald Poirier a déclaré au Comité que la loi sur la protection des adultes de la Nouvelle-Écosse a été contestée en vertu de l'article 7 de la *Charte canadienne des droits et libertés*, qui consacre le droit «à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne». Il s'interrogeait sur le recours à la loi néo-écossaise lorsque des personnes ne veulent pas recevoir de services : «Dans quelle société vivons-nous,

---

95 Scott, 1:12.  
96 Wahl, 5:24.  
97 Leon, 9:37.

Dans certaines provinces canadiennes, l'application des lois protégeant tous les adultes vulnérables permet de lutter contre les mauvais traitements infligés aux adultes. Terre-Neuve a adopté la première de ces lois en 1973 (*Neglected Adults Welfare Act*). Elle a été suivie du Nouveau-Brunswick en 1980 (Loi sur les services à l'enfance et à la famille et sur les relations familiales), la Nouvelle-Écosse en 1985 (*Adult Protection Act*) et l'Île-du-Prince-Édouard en 1988 (*Adult Protection Act*). Ces

## B. La législation concernant la protection des adultes

27. Que les articles du *Code criminel* dont la nature ou l'application se révélera déficiente soient refondus afin de permettre aux avocats, aux juges et à la police de réagir aux cas soupçonnés de mauvais traitements infligés aux aînés.

26. Que le gouvernement fédéral, par l'entremise du ministère de la Justice, examine et précise l'efficacité du *Code criminel* par rapport aux mauvais traitements infligés aux personnes âgées;

25. Que le gouvernement fédéral, par l'entremise du ministre de la Justice, travaille avec les provinces pour informer les policiers, les juristes et le grand public que les dispositions actuelles du *Code criminel* s'appliquent aux mauvais traitements à l'égard des Canadiens âgés et qu'elles doivent être imposées;

### Le Comité recommande :

Le Comité a entendu clairement le message que le *Code criminel* peut fournir la protection nécessaire aux personnes âgées maltraitées.

Les témoins ont prié les policiers, les avocats et les juges de trouver des moyens de rendre l'appareil judiciaire plus sensible aux besoins des Canadiens âgés maltraités. Il pourrait s'agir notamment de lignes directrices plus claires à l'intention de la police, des avocats et des juges sur les accusations qui peuvent être portées conformément aux lois actuelles; de solutions forçant l'agresseur et non l'accusé à quitter le foyer; d'une réaction plus rapide en cas de mauvais traitements présumés ou soupçonnés; du transfert du fardeau de l'accusation, des personnes âgées vers la police; d'un tribunal distinct pour les mauvais traitements infligés à des personnes âgées et les autres actes de violence familiale.

mauvais traitements<sup>90</sup>» Michel Couture a renchéri : «Au niveau du *Code criminel*, on a suffisamment d'outils pour se rendre très loin. Cela ne donne rien de faire de nouvelles lois. Actuellement, on n'applique même pas celles qui existent. Ce qui manque actuellement, c'est la volonté d'intervenir. . .<sup>91</sup>».

Comme l'ont indiqué les témoins, le *Code criminel* S.R.C. 1985, c.C-46, pourrait fournir une protection contre les quatre grandes catégories de violence. La violence physique serait visée par les articles portant sur les voies de fait, les voies de fait causant des lésions corporelles, les voies de fait graves, l'infliction illégale de lésions corporelles, l'agression sexuelle et l'agression sexuelle grave. La violence psychologique serait visée par les articles sur les agressions sous forme de menaces ou d'intimidation. L'exploitation financière serait visée par les articles sur le vol, le vol par une personne détenant une procuration, l'abus de confiance, la contrefaçon, la fraude et l'extorsion. La négligence serait visée par l'article imposant le devoir de fournir les choses nécessaires à l'existence à une personne à charge si cette personne est incapable par suite d'âge, de maladie ou d'autre cause<sup>92</sup>.

Toutefois, malgré l'existence du *Code criminel*, le public et de nombreux professionnels ont l'impression que la loi n'aide pas suffisamment les victimes d'abus. Cette impression a été décrite en partie par Judith Wahl, qui a fait remarquer que maltraiter les aînés «n'est pas simplement une question criminelle. Il est certain que c'est un problème social des plus difficiles et des plus délicats, surtout si l'on songe que nombre d'exploiteurs ou d'agresseurs sont en fait des membres de la famille ou des amis proches<sup>93</sup>». Pearl McKenzie a rappelé les propos de policiers selon qui les juges ne veulent pas que des hommes âgés soient traduits en justice. Par conséquent, «si un mari âgé bat sa femme, les agents de police se croient incapables de l'accuser d'assaut, parce que le juge verrait cela d'un mauvais œil<sup>94</sup>».

- 90 Wahl, 5:21.
- 91 Couture, 4:28.
- 92 P. Lynn McDonald et al., *Elder Abuse and Neglect in Canada*, Toronto, Butterworth, 1991, p. 37-39.
- 93 Wahl, 5:21.
- 94 McKenzie, 8:14.



24. Que le gouvernement fédéral, de concert avec les autres paliers de gouvernement, fournisse le financement nécessaire à l'accueil d'urgence dans les foyers pour personnes âgées, dans les résidences pour aînés et dans les refuges existants à l'intention des personnes âgées à risque.

Le Comité convient que les aînés devraient recevoir un appui à domicile lorsque c'est possible. Mais les membres reconnaissent aussi que ce n'est pas toujours possible et que des refuges d'urgence peuvent s'imposer.

problème. Les hommes âgés n'ont pas accès aux refuges existants lorsqu'ils sont victimes de violence conjugale. Pour leur part, les autochtones ont besoin de services qui tiennent compte de leur culture dans des refuges intégrés ou distincts.

## VII LES MOYENS JURIDIQUES DE PROTÉGER LES AÎNÉS

### VULNÉRABLES

#### A. Le Code criminel

Plusieurs témoins ont déclaré au Comité que les lois actuelles prévoient des dispositions suffisantes pour lutter contre les mauvais traitements infligés aux personnes âgées. Les lois existent donc, mais elles ne sont pas appliquées. Ils ont affirmé au Comité que les mauvais traitements infligés aux personnes âgées sont des actes criminels; que le *Code criminel* et le *common law* ou le droit civil offrent une protection contre de nombreuses formes d'abus; et qu'il faut s'efforcer davantage d'appliquer les lois déjà en place.

Judith Wahl, de l'*Advocacy Centre for the Elderly* de Toronto, a déclaré : « Dans notre optique, les cas de violence ou d'exploitation sont avant tout des crimes, des infractions au *Code criminel*. Un vol demeure un vol, que la victime ait 20 ans ou 80 ans. Les mauvais traitements physiques sont des cas d'agression, d'agression sexuelle ou de négligence criminelle causant la mort, et non pas de simples

Les membres du Comité ont été impressionnés par ces solutions variées à l'établissement de services de défense des aînés.

#### **Le Comité recommande :**

- 23. Que le gouvernement fédéral, de concert avec les autres paliers de gouvernement, fournisse du financement et d'autres services de soutien pour faciliter, au niveau des provinces et des territoires, l'établissement de services de défense des aînés semblables à ceux qui fonctionnent actuellement en Colombie-Britannique, en Ontario et au Québec.**

### **C. Les services d'urgence**

La question des refuges pour aînés maltraités a été soulevée par plusieurs témoins. Il existe actuellement trois types de refuges dans les provinces et les territoires pour les victimes de violence conjugale — les maisons de transition, les refuges de «deuxième étape» qui fournissent un hébergement prolongé et les maisons «sans danger» dans des maisons privées. Ces refuges sont financés à divers degrés et par divers moyens, dont une indemnité quotidienne par personne accueillie, par lit disponible, par bloc pour une gamme de services offerts ou par plusieurs de ces moyens en même temps.

De nombreux témoins ont soutenu que l'accent doit porter principalement sur le maintien des aînés dans leur foyer et le départ de l'agresseur. Ils reconnaissaient que des maisons de transition pourraient avoir leur place mais qu'on pourrait trouver d'autres moyens plus inventifs d'héberger au besoin les gens qui ne peuvent plus rester chez eux ou qui sont sans logis. *Nova House*, un refuge rural pour femmes établi à Selkirk, au Manitoba, a reçu du financement pour concevoir de la documentation et trouver des solutions de rechange à l'intention des personnes âgées maltraitées<sup>89</sup>. Le Comité a appris qu'on se préoccupe des liens entre les aînés et les mécanismes en place. Pour les femmes âgées, les limites imposées par l'accès physique et le cadre psychologique pourraient poser

À Montréal, le Centre des aînés et des aînées tente d'établir un pont entre les services sociaux, juridiques et médicaux et les aînés. Comme l'expliquait Michel Couture, le rôle du Centre consiste à «aider les personnes âgées maltraitées, agir pour elles et avec elles, les défendre, les aider à s'exprimer, être à leurs côtés, les appuyer, les représenter aux diverses étapes — du début jusqu'à la fin. . .»<sup>85</sup>.

Michael Stones était du même avis : «Nous aurions besoin d'un réseau d'organismes de santé qui s'occuperaient des aînés victimes de violence ou de mauvais traitements, quel que soit le terme qu'on utilise, tout comme il existe des refuges pour femmes battues ou des groupes de défense de leurs intérêts. Il n'existe pas de maisons ou de refuges pour les aînés<sup>86</sup>». Il a ajouté que les centres de ressources de Terre-Neuve s'occupent de personnes âgées maltraitées, même s'ils auraient besoin de formation et de ressources supplémentaires pour le faire adéquatement.

Pearl McKenzie des *North Shore Community Services* a recommandé la création de services de défense afin de répondre à divers besoins des aînés : accès à l'information sur les droits, les services et les prestations qui leur permettent de conserver leur autonomie; aide aux victimes; réponse des autres services et de l'appareil judiciaire; et endroit où la voix des aînés peut être entendue<sup>87</sup>.

L'*Advocacy Centre for the Elderly* de Toronto est un organisme qui offre ce genre de soutien. En plus de fournir des services juridiques spécialisés à l'intention des aînés, les employés du centre travaillent avec les fournisseurs de services dans le système établi. Ils font l'éducation des avocats qui n'expliquent pas le fonctionnement des procurations aux personnes âgées, ils sensibilisent les médecins, les autres fournisseurs de services au fonctionnement des lois et à la discrimination qu'eux-mêmes pratiquent parfois à l'endroit des aînés<sup>88</sup>.

---

85	Couture, 4:23.
86	Stones, 6:16.
87	McKenzie, 8:10.
88	Wahl, 5:27.



19. Que le gouvernement fédéral, de concert avec les autres paliers de gouvernement, continue de financer les services actuels à l'intention des personnes âgées et que ces services soient adaptés de façon à tenir compte du problème des mauvais traitements infligés aux aînés;

20. Que le gouvernement fédéral finance les recherches visant à mettre sur pied des projets pilotes pour trouver, dans la collectivité, des solutions de rechange aux soins en établissement à l'intention des personnes âgées;

21. Que le gouvernement fédéral, de concert avec les autres paliers de gouvernement, fournisse le soutien financier nécessaire aux soins de santé, aux services de relève et aux autres services d'appui aux personnes qui dispensent officiellement des soins aux aînés;

22. Que le gouvernement fédéral étudie des moyens de dédommager financièrement les personnes qui s'occupent de parents âgés.

## B. Les services de défense des aînés

Plusieurs témoins ont demandé des services spécialisés de défense des aînés. Ces services appuieraient les démarches juridiques ou sociales des personnes âgées qui cherchent à corriger un abus. Michel Couture a soutenu qu'«il faut montrer aux abuseurs, dans les faits, la volonté de ne pas tolérer cette violence et de se mêler de ce qu'ils appellent leurs affaires, c'est-à-dire s'assurer du libre exercice des droits et libertés des aînés<sup>83</sup>». Il est d'avis qu'«avec du soutien, les personnes âgées seront capables de faire valoir leurs droits. Il ne faut pas leur en demander plus que ce que nous, on est capable de faire<sup>84</sup>».

- 80 Michael Hanlon, «Women's unpaid work is worth billions» *Toronto Star*, 9 mai 1993, p. A1.
- 81 McKenzie, 8:7.
- 82 Leon, 9:12.

Un autre aspect du rôle des dispensateurs non officiels réside dans le fait qu'ils fournissent quotidiennement un grand éventail de services à des personnes qui, sans eux, seraient peut-être en institution ou réclameraient le secours de la collectivité. Les membres du Comité sont d'avis que le travail des dispensateurs de soins non officiels devrait être reconnu sur le plan économique et qu'il faut réaliser sur eux une étude semblable à celles qui sont menées sur la valeur du travail à la maison<sup>80</sup>.

Pour la victime âgée, de nombreux témoins soutiennent que la meilleure solution consiste à lui permettre de rester chez elle, dans le milieu qui lui est familier. Pearl McKenzie a soutenu que, «si les femmes âgées ne partent pas, c'est souvent parce qu'elles veulent avoir accès à leurs petits-enfants; elles veulent rester dans leur collectivité; elles veulent être proches de leur médecin, de leur bibliothèque — de toutes les choses auxquelles nous attachons du prix en vieillissant<sup>81</sup>». Judith Leon a parlé du programme de services complets de *Senior Link*, dont l'idée a été importée d'Angleterre. Permettre aux gens de rester chez eux, dans leur quartier, en fournissant les services nécessaires de nettoyage, d'emplètes et d'autres services sociaux et médicaux coûte moins cher que les soins dans un foyer pour personnes âgées. Dans le programme implanté dans le comité de Kent, en Angleterre, le modèle communautaire coûte 60 p. 100 des frais d'un foyer pour personnes âgées<sup>82</sup>.

Les membres du Comité ont entendu parler de divers services qui répondent actuellement à bon nombre des besoins des Canadiens âgés. Ils ont aussi appris que ces services sont souvent financés pour des durées limitées, qu'ils sont rarement bien coordonnés et qu'ils doivent être adaptés aux besoins des aînés maltraités. Le Comité pense qu'il faut accorder une plus grande priorité aux services destinés à empêcher le mauvais traitement de nos aînés et à garantir les interventions nécessaires. Les membres s'entendent pour dire que les actuels centres de personnes âgées pourraient être une plaque tournante pour ce qui est de l'information et de services axés sur les victimes âgées.

violence psychologique exercée par un conjoint affaibli par suite d'une crise cardiaque ou atteint de la maladie de Alzheimer, Judith Leon a soutenu qu'«il n'est pas toujours nécessaire de régler le cas de la personne battue. Il est parfois tout aussi efficace de régler celui de l'agresseur<sup>76</sup>».

Des études effectuées aux États-Unis ont révélé qu'«il y a cinq fois plus de toxicomanes chez les agresseurs que chez les victimes, mais les services de lutte contre la toxicomanie ne sont pas à la hauteur du problème<sup>77</sup>». Dans la même veine, Rosalie Wolf indiquait que, d'après les résultats des recherches, chacune des manifestations ou des catégories courantes de violence peut résulter d'une caractéristique différente chez l'agresseur. Ainsi, la violence physique peut être infligée par une personne atteinte de troubles psychologiques; l'exploitation financière peut être exercée par une personne avaricieuse ou dans le besoin; la négligence, par quelqu'un qui dépend trop de la victime. On peut donc en déduire que les services à offrir pourraient varier selon les diverses formes d'abus<sup>78</sup>.

De plus en plus, les divers ordres de gouvernement et les organismes communautaires s'occupent des services à offrir aux dispensateurs de soins non institutionnalisés. D'après Kathy Yurkowski de la Direction des personnes âgées du Manitoba : «Nous commençons à comprendre que les dispensateurs de soins doivent composer avec un stress considérable. Nous avons affaire à une génération dans la quarantaine prise, en sandwich entre enfants et parents âgés. [...] Nous prévoyons mettre en oeuvre des programmes de relève, suivant lesquels les personnes âgées seront prises en charge pendant une période donnée, ce qui permettra à la famille de prendre un congé, de souffler un peu. Il y aura des soins prodigués à domicile pendant un certain nombre d'heures de la journée pour permettre aux dispensateurs de soins de se libérer<sup>79</sup>».

- 
- 76 Leon, 9:7.  
 77 John F. McCarthy, commissaire intérimaire au vieillissement, Témoignage devant le Sous-comité Washington, D.C., 29 avril 1993, p. 14.  
 78 Rosalie Wolf, *National Committee for Prevention of Elder Abuse*, Témoignage devant le sous-comité Washington, D.C., 29 avril 1993.  
 79 Yurkowski, 5:14.



pourraient être adaptés aux besoins des aînés : « Nous devons nous demander de quelle façon divers services réagissent, et les orienter de manière qu'ils puissent répondre aux besoins des personnes âgées. Il ne s'agit pas de créer une infrastructure nouvelle, mais de se demander de quelle façon adapter les services en place pour s'occuper de ces personnes. Il s'agit d'adapter les services aux personnes qui en ont besoin<sup>73</sup> ».

Le Comité a entendu à maintes reprises que des services pertinents et faciles d'accès étaient la clé du succès de la lutte contre les mauvais traitements infligés aux aînés. Plusieurs témoins ont parlé de réseaux de services d'aide aux personnes âgées maltraitées et certains, d'équipes multidisciplinaires. Quelques-uns ont indiqué que la clé du succès de la lutte contre les mauvais traitements infligés aux aînés réside dans une action mieux ciblée de la part des services existants.

D'autres ont évoqué la nécessité d'un lieu de ralliement dans chaque collectivité, d'un endroit très visible où les aînés et leurs familles pourraient se renseigner sur les services ou sur les endroits où les obtenir. D'autres encore ont indiqué que de nombreux services d'aide aux aînés maltraités pourraient être coordonnés par les centres d'âge d'or qui existent déjà presque partout au Canada. Il serait alors plus facile de faire participer les aînés à la conception des programmes.

Les témoins ont aussi indiqué qu'il faudrait donner un rôle à l'agresseur et à la victime dans la prestation des services. Ils estiment que réfléchir à ce qui est la cause du problème et non à qui en est la cause pourrait bien être la façon la plus efficace de corriger la situation<sup>74</sup>. Mary Carson appuie l'idée d'avoir « les personnes ressources nécessaires pour aller rencontrer les membres de la famille ou les gens qui cohabitent afin d'examiner les causes du problème<sup>75</sup> ». Les interventions auprès de la famille pourraient dégager la solution des problèmes, peut-être aplanir les difficultés et permettre aux gens de cohabiter dans la paix. Donnant l'exemple de la

73

Leon, 5:23.

74

Katrina Johnson, Témoignage devant le Sous-comité, Washington, D.C., 29 avril 1993.

75

Carson, 4:17.

téléphonique sans frais offert aux employés et aux conjoints. Il aide ceux qui appellent à trouver et à évaluer les ressources offertes aux personnes du troisième âge sur le plan du logement, des services d'entretien à domicile, des soins de répit, des programmes sociaux et récréatifs, des services de santé et du counselling<sup>70</sup>. Actuellement l'information au sujet des soins prodigués au niveau local aux personnes âgées est incomplète.

#### Le Comité recommande :

18. Que le gouvernement fédéral, de concert avec les autres paliers de gouvernement et avec les organismes représentant les employeurs et les employés, trouve des moyens de fournir de l'information pour répondre aux besoins des dispensateurs de soins qui s'occupent des personnes âgées.

## VI LES SERVICES

L'éducation de tous les secteurs de la société est considérée comme un élément crucial de la lutte contre les mauvais traitements infligés aux personnes âgées. On reconnaît cependant qu'accroître les connaissances de la population pourrait entraîner une hausse de la demande de services pour régler le problème. Comme le signalait Pearl McKenzie, « la sensibilisation ne coûte rien, mais il faut savoir réagir au bon moment. Il faut avoir une capacité de réagir, et cette capacité est aujourd'hui limitée. C'est ce que nous devons en quelque sorte créer<sup>71</sup> ».

### A. Les services généraux d'aide aux aînés maltraités

Un « mécanisme de coordination qui permette d'en arriver à une stratégie d'ensemble » est un aspect important du succès de la planification et de la prestation des services concernant les mauvais traitements infligés aux aînés<sup>72</sup>. De nombreux témoins estiment que les services existants, tels que les services de police, les services de santé, les services sociaux, le transport et le logement,

---

70	Moorcroft, 7:11.
71	McKenzie, 8:20.
72	Kartes, 4:15.

supplémentaire. Au Canada, le programme Les bons voisins a été lancé par le gouvernement de l'Ontario, conseillé par des entreprises. Le gouvernement de la Nouvelle-Écosse examine actuellement la possibilité de le mettre en oeuvre avec l'aide de la Banque Royale<sup>69</sup>.

Le Comité sait que l'idée de partenariats entre le secteur public et le secteur privé est un aspect de divers programmes de financement, dont l'initiative de lutte contre la violence familiale en 1991 (136 millions de dollars) et la Stratégie à l'égard des aînés en 1993 (170 millions de dollars). Le volet «Alliances pour l'autonomie» de cette stratégie encourage les entreprises, les syndicats et les autres paliers de gouvernement à lancer des projets relatifs au vieillissement et à l'autonomie, de concert avec les aînés.

### **Le Comité recommande :**

**17. Que le gouvernement fédéral, par l'entremise du ministre d'État pour le troisième âge, recherche activement à cofinancer des programmes communautaires établis par d'autres paliers de gouvernement, des entreprises et des syndicats, à l'intention des personnes âgées.**

## **E. L'éducation des dispensateurs de soins non officiels**

Ces dispensateurs de soins sont généralement des personnes comme les conjoints, des parents ou des amis qui donnent des soins sans faire partie des organismes officiels de services de santé et de services sociaux. Le stress qu'ils subissent en s'occupant d'une personne âgée, parfois atteinte d'une incapacité physique ou mentale, a été souligné par des témoins. L'éducation concernant le vieillissement et des services de relève qui donneraient un répit aux personnes obligées de s'occuper sans cesse d'une personne âgée sont jugés essentiels.

Les témoins ont suggéré plusieurs solutions aux besoins d'information des personnes qui s'occupent de parents âgés. La Banque Royale a donné l'exemple de son service d'information sur les soins aux aînés. Il s'agit d'un service



sont très bien placés pour découvrir les cas de mauvais traitements infligés aux personnes âgées<sup>65</sup>». Ils créent un pont entre les aînés vulnérables et les organismes communautaires de services sociaux ou de santé.

Pearl McKenzie a soutenu que « nous devons former les protecteurs, de manière à les sensibiliser à la possibilité d'abus de tous les intervenants qui viennent en contact avec les personnes âgées. En faisant ce genre d'éducation, nous pourrions commencer à déterminer les abus commis. Nous pourrions mettre toute la collectivité en garde pour protéger et appuyer les aînés<sup>66</sup>». Les protecteurs peuvent apprendre à reconnaître certains signes de danger comme l'isolement, la confusion, l'invalidité, le laisser-aller de la tenue ou d'un bien indiquant que la personne âgée pourrait avoir besoin d'aide. Par un appel à un organisme central, ils obtiennent l'aide de quelqu'un en mesure d'évaluer les besoins de l'aîné et de trouver le secours nécessaire.

Le programme *Gatekeeper* a été lancé par la *Puget Sound Power and Light Company* dans l'État de Washington, pour aider les employés qui voyaient des aînés vulnérables dans le besoin mais se sentaient incapables de régler le problème. Il a été adopté depuis par d'autres services publics, dont la *Delmarva Power and Light Company*, qui a informé le Comité du haut niveau de satisfaction, tant chez les employés qui ont l'impression de faire quelque chose d'utile, que de l'entreprise qui projette une image positive dans la collectivité<sup>67</sup>.

Ces initiatives communautaires reposent sur la collaboration du public et du secteur privé. Aux États-Unis, les membres du Comité ont appris que le programme de l'État de Washington est « financé par le gouvernement fédéral en vue d'une commercialisation à l'échelle nationale<sup>68</sup> ». Le principal message pour le secteur privé est que le programme *Gatekeeper* est facile à mettre en place, qu'il demande très peu de temps ou d'argent et aucune ressource humaine ou autre

65 Podnieks, 3:11.

66 McKenzie, 8:12.

67 Martin Duffy, Témoignage devant le Sous-comité, Washington, D.C., 29 avril 1993, voir formulaire de référence, Annexe A.

68 Christine Frysztacki, directrice adjointe, Delaware Division on Aging, Témoignage devant le Sous-comité, Washington, D.C., 29 avril 1993.

d'abus. De nombreux exemples ont été donnés de moyens par lesquels les voisins et d'autres membres de la collectivité peuvent apporter leur aide en cas de

présomés abus.

Les bénévoles peuvent eux aussi aider les aînés en participant à des activités comme le déneigement ou les courses. Ces réseaux de soutien non officiels peuvent compléter et améliorer un réseau existant de services professionnels organisés. Plusieurs témoins ont cité le programme Les bons voisins du Bureau ontarien des questions relatives aux personnes âgées en tant qu'exemple d'un mécanisme communautaire qui encourage et récompense l'interdépendance entre les membres de la collectivité, tout en renforçant l'autonomie des membres les plus vulnérables.

Le programme Les bons voisins a été lancé à titre de projet pilote dans six municipalités ontariennes en 1989 et, en mars 1993, il était adopté ou prévu dans plus de 40 autres. La Banque Royale et *Shoppers Drug Mart* le parrainent. Le message principal est qu'il faut prendre le temps de s'entraider. Tous peuvent le faire : un voisin qui offre de faire une course; un camelot qui avertit quelqu'un lorsque les journaux ne sont pas ramassés; un employé des services publics qui constate que quelque chose ne va pas; un caissier dans une banque qui prend le temps de donner des explications; un concierge qui change une ampoule électrique; un employé de magasin qui écoute<sup>64</sup>.

Des témoins ont cité le programme *Gatekeeper*, en place dans plusieurs États des États-Unis comme un exemple de mesure positive du secteur privé. Elizabeth Podnieks a fait remarquer que «les protecteurs du public sont des gens dans la collectivité qui sont en contact avec les personnes âgées, notamment le facteur, le représentant de la compagnie d'électricité, les commis de banque. Tous ces gens

Les fournisseurs de services qui s'occupent des personnes âgées dans des établissements auraient eux aussi besoin d'être éduqués. Un témoin a indiqué que, «à l'heure actuelle, on évalue qu'environ 8 p. 100 des Canadiens de 65 ans et plus vivent en établissement. Mais pour ceux de 80 ans et plus, le pourcentage est d'environ 24 p. 100<sup>63</sup>». Diverses recommandations ont été faites afin que les personnes qui fournissent des services dans les établissements soient bien formées et puissent prévenir les mauvais traitements et intervenir au besoin. Selon les témoins, il faudrait aussi de l'éducation, de la formation et du recyclage. La formation linguistique devrait être offerte si elle est importante pour le travail. Les nouveaux employés devraient suivre des cours d'orientation complets et recommencer ces cours périodiquement.

Le Comité reconnaît que ceux qui fournissent des services aux Canadiens âgés sont nombreux et que tous sont en mesure de dépister des cas éventuels de mauvais traitements et d'intervenir au besoin.

#### **Le Comité recommande :**

16. Que le gouvernement fédéral, en collaboration avec les autres paliers de gouvernement, travaille de concert avec les organismes nationaux et provinciaux responsables de la normalisation et de l'éducation auprès des médecins, des infirmières, des travailleurs sociaux, de la police, des banquiers, des avocats et des autres fournisseurs de services, afin d'élaborer des lignes directrices qui les rendront mieux aptes à repérer les mauvais traitements infligés aux personnes âgées et à intervenir.

#### **D. L'éducation de la collectivité**

Les villes, les endroits où vivent les personnes âgées, sont cruciales au maintien et à l'amélioration de la santé et du bien-être des aînés. Beaucoup d'entre eux sont en bonne forme physique et participent activement à la vie sociale de leur milieu. D'autres cependant sont fragiles, isolés et vulnérables à diverses formes



alors des obligations légales envers le mandant. Les banques ont été critiquées parce qu'elles traitent les procurations «comme une affaire très banale, et non pas comme un document très lourd de conséquences». On a affirmé que «les banquiers distribuent ces choses-là comme de la barbe-à-tonton. Ils ne donnent aucune information, ni vraie ni fausse<sup>60</sup>».

À leur décharge, les représentants de l'Association des banquiers canadiens ont déclaré au Comité que «ce n'est pas la banque qui est fondée de pouvoir; elle n'agit pas comme le mandant de ses clients. Elle reçoit simplement l'autorisation de laisser le représentant du mandant agir en son nom. À partir de ce moment, la banque traite avec le fondé de pouvoir comme représentant dûment et légalement nommé du mandant et l'on ne peut exiger qu'elle aille vérifier par derrière si le mandant est bien satisfait de la gestion de ses affaires. On ne peut absolument pas demander aux banques d'assumer une telle responsabilité<sup>61</sup>».

Le rôle de la police, agissant de concert avec les travailleurs sociaux et le personnel hospitalier, a été abordé par Dave Ashton et d'autres membres de l'équipe multidisciplinaire de l'hôpital Queensway et du Service de police de Nepean. Le rôle d'un chef de police proactif qui met l'accent sur les relations communautaires était jugé essentiel<sup>62</sup>. Ce modèle unique financé par le Solliciteur général du Canada et Santé et Bien-être social Canada comprend trois volets : un programme global de formation à l'intention de tous les policiers canadiens, peu importe leur expérience; un service de consultation interorganismes à l'intention des policiers qui sont en première ligne, afin qu'ils sachent comment réagir lorsque des aînés sont maltraités; et des lignes directrices sur les mauvais traitements infligés aux personnes âgées, afin de guider les policiers du premier contact à la gestion du dossier, à sa fermeture et au suivi. Après le premier contact avec les personnes âgées, d'autres services sociaux et de santé interviendraient.

---

60 Wahl, 5:29.  
 61 DeLaurentiis, 7:6.  
 62 Ashton, 4:11.

qu'un des médicaments soit contre-indiqué par rapport aux autres<sup>56</sup>. Judith Wahl a parlé des efforts visant à encourager des programmes portant précisément sur le droit des aînés et de l'intégration de ces questions dans un cours de droit sur l'incapacité mentale<sup>57</sup>. Donald Poirier a souligné la nécessité que les avocats sachent «qu'ils ne peuvent pas agir au nom de deux personnes en même temps<sup>58</sup>».

Les médecins et les infirmières ont été priés de réfléchir aux moyens permettant de rendre le régime de santé plus sensible aux besoins des aînés maltraités. Ils devraient se demander si la personne qui accompagne un aîné couvert d'eczymoses ou dont un os est fracturé pourrait être la cause de la blessure. Pendant les consultations ordinaires au cabinet, ils devraient trouver des moyens de déceler les cas de violence physique et psychologique. Ils sont incités à envisager la possibilité qu'il y ait négligence lorsque des signes semblent indiquer que les soins ne sont pas à la hauteur. Les entrevues avec le patient âgé ne devraient pas se faire en présence de la personne qui s'en occupe lorsque le médecin soupçonne des mauvais traitements ou de la négligence, et les médecins et infirmières devraient apprendre à écouter efficacement. Il faudrait rechercher des antécédents de violence familiale. Les vérifications pour s'assurer que l'aîné ne prend pas trop de médicaments ou n'a pas créé une accoutumance paraissent également importantes. Lorsque les médecins et les infirmières soupçonnent des mauvais traitements, ils devraient prendre des photos ou faire une esquisse des ecchymoses et des fractures.

Les témoins préconisent fortement un rôle plus proactif pour les employés des institutions financières. Les employés de banque devraient surveiller les retraits soudains ou inhabituels dans les comptes des aînés. On leur a rappelé que, «dans tout le pays, il est très facile d'obtenir une procuration, et il n'y a pas de contrôle<sup>59</sup>». On leur a demandé de mieux conseiller leurs clients à propos des procurations, signées lorsque l'intéressé est incapable de s'occuper de ses affaires juridiques et financières ou ne veut pas le faire et qui transmettent le contrôle à un tiers, lequel a

---

56 Leon, 9:11.  
 57 Wahi, 5:29.  
 58 Poirier, 9:32.  
 59 Scott, 1:15.

L'importance de la conception de programmes post-secondaires dans la mise en place d'une démarche multidisciplinaire regroupant tous ceux qui fournissent des services aux personnes âgées a été soulignée par plusieurs témoins. Elaine Scott jugeait important que «tous les professionnels travaillent ensemble afin que les médecins sachent quel genre de services peuvent leur offrir les travailleurs sociaux ou les infirmières, afin que les infirmières et les médecins parlent la même langue, afin que les policiers connaissent leurs responsabilités<sup>53</sup>».

Michel Couture a parlé de «maillon manquant pour faciliter l'arrimage des intervenants auprès des aînés<sup>54</sup>». Selon d'autres témoins, en plus des médecins, des infirmières et des travailleurs sociaux, les avocats, les comptables, les policiers, les dirigeants religieux, les employés de banque et les fournisseurs de services dans les établissements devraient être renseignés sur les mauvais traitements infligés aux aînés.

Deux groupes professionnels, les médecins et les avocats, ont été désignés à maintes reprises comme des groupes nécessitant une éducation spécialisée relative aux aînés. Judith Leon a parlé au nom de plusieurs témoins quand elle a déclaré : «Il est clair qu'il faut en apprendre beaucoup plus à nos médecins dans le domaine de la gériatrie, mais les universités qui essaient de le faire ont beaucoup de problèmes. La gériatrie n'est pas populaire. Elle n'attire pas autant que la chirurgie cardiaque, par exemple<sup>55</sup>». La surconsommation de médicaments est considérée comme un problème nécessitant une attention immédiate. Dans un sondage réalisé par *Senior Link*, un grand nombre de résidents âgés ont déclaré prendre de 10 à 15 médicaments prescrits. On a fait remarquer que, «chez une personne qui prend plus de cinq médicaments, il y a environ 90 p. 100 de chance

---

53 Scott, 1:13.  
54 Couture, 4:23.  
55 Leon, 9:11.



Nouveau-Brunswick, la Fédération des aînés travaille de concert avec le ministère de l'Éducation pour faire participer les aînés à des activités scolaires à la maternelle et en première et deuxième années, dans l'espoir qu'ils pourront se rendre dans les écoles «pour raconter des histoires et [que] les jeunes se feront une autre idée des personnes âgées<sup>52</sup>».

Dans la même veine, l'*Ontario Network for the Prevention of Elder Abuse* a conçu et distribué un livre d'histoires et un jeu de cartes appelés «*Old Friends : A Story Telling Kit About Old Age*» et un cahier à colorier intitulé «*Helping Gamma*» afin de donner des images positives aux enfants de 4 à 7 ans. Pour atteindre les enfants de 8 à 13 ans, le réseau élabore actuellement une trousse intergénération à l'intention des enfants et des aînés qui leur permettra de monter des pièces de théâtre ensemble. Pour les adolescents, un programme dans une école technique où l'on enseigne la coiffure encourage les contacts entre les adolescents et les aînés qui viennent à l'école.

Les membres du Comité sont convaincus que fournir aux enfants et aux adolescents des exemples positifs et enrichissants de la contribution des aînés permettra de réduire les risques de mauvais traitements.

### Le Comité recommande :

14. Que le gouvernement fédéral, par l'entremise des ministères fédéraux pertinents et dans les limites des budgets existants, fournisse du financement et un soutien à l'évaluation pour les activités pédagogiques visant à donner aux enfants et aux adolescents une image positive du vieillissement, et que ce financement représente 10 p. 100 du montant affecté à l'éducation des enfants et des adolescents;

15. Que le ministre d'État fédéral pour le Troisième Âge, par l'entremise du Conseil des ministres de l'Éducation, établisse des liens avec les ministres provinciaux de l'Éducation pour veiller à ce que les programmes d'études provinciaux comprennent des cours sur la prévention des mauvais traitements à l'égard des aînés.

Le Comité a été informé de divers programmes qui tentent de donner aux enfants et aux adolescents des occasions de s'adonner à des activités positives avec des aînés. Au niveau préscolaire, les programmes intergénérationnels, tels que *Senior Link* à Toronto, donnent aux aînés qui habitent en appartement la possibilité d'avoir des contacts avec les enfants de la garderie établie au rez-de-chaussée. Au

peut se passer ou qu'on peut exploiter<sup>51</sup>». que cela nous valoriserait et nous cesserions d'être des personnes inutiles dont on dans les écoles. Beaucoup d'enfants ne voient pas leurs grands-parents. Je crois de temps aux enfants à l'école, leur parler, demander aux aînés de prendre la parole autres Canadiens âgés lorsqu'elle a soutenu qu'«il faut consacrer beaucoup plus Reta Deunisch-Turner, de La Voix, s'est faite le porte-parole de nombreux

## B. L'éducation des enfants et des adolescents

13. Que le gouvernement fédéral, par l'intermédiaire du Conseil consultatif national sur le troisième âge, collabore avec l'Association des banquiers canadiens afin de favoriser et de promouvoir le dépôt direct des paiements mensuels réguliers, comme les pensions de vieillesse, et des paiements irréguliers, comme les remboursements d'impôt.

12. Que le gouvernement fédéral, par l'entremise du Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes, élabore des lignes directrices sur la publicité visant les personnes âgées, afin de donner une image positive du vieillissement.

### Le Comité recommande :

Le Comité appuie cet appel à l'éducation des Canadiens âgés, afin qu'ils puissent se protéger contre les abus. Le Comité estime que les médias pourraient jouer un rôle crucial dans ce domaine en donnant une image positive de la vie que mène les gens âgés. Les banques ont aussi un rôle important à jouer : elles doivent informer ces personnes des services à leur disposition, pour que celles-ci soient moins susceptibles de se faire exploiter.

colloques nationaux afin que la contribution des personnes âgées puisse se transformer en recommandations qui, à leur tour, seront présentées aux aînés de toutes les régions du pays.

Divers moyens d'atteindre les personnes âgées ont été proposés. Tous les paliers de gouvernement doivent renseigner la population sur les services existants et diffuser l'information avec les chèques de pension, par des envois postaux spéciaux de Santé et Bien-être Canada et de Revenu Canada et sur des feuillets de renseignements inclus avec les factures de services d'utilité publique. Les médias, la télévision et la radio doivent être incités à diffuser des vidéos éducatifs concernant les mauvais traitements infligés aux aînés à titre de message d'intérêt public, tout comme les journaux communautaires pourraient publier de l'information dans leurs pages. Les banques, les sociétés de fiducie et les autres institutions financières ont été exhortées à lancer des programmes d'éducation et de sensibilisation ou à se servir du matériel existant dans leurs contacts avec les personnes âgées afin que ces dernières sentent moins le besoin de demander à un tiers de s'occuper de leurs affaires bancaires. Une autre suggestion consistait à demander aux conseillers de renseigner les futurs retraités lorsqu'ils donnent leurs cours de planification de la retraite. Les dirigeants religieux et les médecins peuvent aussi jouer un rôle clé dans la diffusion des renseignements.

Les membres du Comité ont eu l'occasion de visionner plusieurs excellents vidéos sur les mauvais traitements infligés aux aînés et ils ont été tout particulièrement impressionnés par deux d'entre eux, financés par Santé et Bien-être, qui présentent une image très positive des personnes âgées. Le premier, «*Even in our Neighbourhood*», se concentre sur différentes formes de mauvais traitements et sur divers moyens d'action pour les membres de la collectivité. Ce vidéo a été créé pour le Comité du maire de Toronto sur le vieillissement et pour le *Toronto Network for the Prevention of Elder Abuse*. L'autre vidéo, appelé *La force de s'affirmer*, décrit des mesures prises par des aînés pour se protéger d'abus financiers. Cofinancé par la Direction des personnes âgées du Manitoba, la production a mérité un prix dans la catégorie éducative d'un concours international de films et de vidéos.



services très utiles aux personnes âgées victimes de mauvais traitements, des services pouvant aller de l'aide familiale aux soins à domicile, un peu comme avoir son propre médecin chez soi. Il existait déjà toute une gamme de services d'aide, dont ils ne se prévalaient pas<sup>50</sup>.

Le Comité a entendu le message clair et unanime des témoins que l'éducation visant à sensibiliser le public est essentielle pour changer les attitudes, les valeurs et les comportements à l'origine des mauvais traitements. L'information est un élément clé; c'est pourquoi le Comité joue les efforts de la Division de la prévention de la violence familiale qui, par l'intermédiaire du Centre national d'information sur la violence dans la famille, offre au public de la documentation, des renseignements et des conseils. Le numéro sans frais en est le suivant : 1-800-267-1291.

Les membres du Comité s'accordent pour reconnaître que c'est par l'éducation que passe surtout la prévention de la violence faite aux aînés. Il est nécessaire de faire des recherches sur ce problème et de diffuser largement auprès du public les résultats de ces travaux.

### **Le Comité recommande :**

11. Que le gouvernement fédéral, par l'entremise des ministères fédéraux pertinents, joue un rôle de chef de file dans la conception et la diffusion de matériel éducatif multimédia visant à prévenir les mauvais traitements infligés aux personnes âgées. Ce matériel devrait être conçu en collaboration avec divers groupes cibles et se fonder sur la connaissance de ce qui est le plus efficace pour chaque groupe.

### **A. L'éducation des aînés**

L'éducation des aînés eux-mêmes est jugée prioritaire. Pour réussir, toute stratégie de prévention doit pouvoir compter sur leur participation entière à la conception, à la planification et à l'exécution. La Voix, le Réseau canadien des aînés, a commencé à prendre des mesures en ce sens et a organisé une série de

9. Que le gouvernement fédéral continue de promouvoir des partenariats entre les ministères fédéraux, entre les divers paliers de gouvernement et dans la société afin de mettre un terme aux mauvais traitements infligés aux personnes âgées et que ces partenariats soient appuyés par un financement adéquat;
10. Que le gouvernement fédéral s'assure que des aînés canadiens représentant les deux sexes, divers groupes d'âge et diverses ethnies font partie des comités consultatifs.

## V L'ÉDUCATION

Tous les témoins ont évoqué la nécessité de sensibiliser le public aux mauvais traitements infligés aux Canadiens âgés. L'éducation des jeunes et des moins jeunes, des hommes et des femmes, des professionnels et des gens ordinaires est essentielle. Berdie Darrach, de La Voix, a soutenu que «la prévention à long terme dépend du changement de l'attitude et des valeurs qui poussent précisément à la violence envers les aînés<sup>48</sup>». Elizabeth Podnieks, de l'École des sciences infirmières de l'Institut Ryerson, a précisé que «notre effort devrait surtout porter sur la prévention de ce genre de crime<sup>49</sup>».

L'éducation est considérée comme un élément crucial des solutions sociales, médicales et juridiques au problème des mauvais traitements infligés aux aînés canadiens. Judith Wahl, de l'*Advocacy Centre for the Elderly*, a indiqué : «L'éducation nous a semblé le domaine clé où concentrer nos efforts, car, de toute évidence, on ne peut régler, voire même aborder le problème en offrant ce type d'aide ponctuelle». Elle faisait ensuite ressortir la nécessité d'une plus grande diffusion d'information exacte dans tous les secteurs :

Au niveau de l'éducation, nous avons constaté qu'il existait une masse importante de fausses informations sur la question. Bien des gens croyaient ne rien pouvoir faire. Ils n'étaient pas conscients que nombre de ces cas de mauvais traitements infligés aux personnes âgées étaient en fait des crimes, des infractions au *Code criminel* contre lesquelles ils pouvaient se défendre dans le système judiciaire. Ils ne savaient pas que la collectivité offrait déjà nombre de

<sup>48</sup> Darrach, 2:5.  
<sup>49</sup> Podnieks, 3:9.

Le Comité reconnaît que les mauvais traitements infligés aux aînés sont une priorité et que 10 p. 100 des fonds alloués représentent une bonne incitation pour amorcer l'examen de la question. Des témoins ont raconté aux membres du Comité comment des projets avaient été lancés, et des consultations étaient menées relativement à ce problème et à d'autres aspects de la violence familiale. Ils ont cependant signalé qu'il était difficile de déterminer, compte tenu du nombre de ministères qui font partie de l'initiative, dans quelle mesure les montants alloués avaient été effectivement consacrés à examiner la question.

Le Comité appuie les efforts communs entrepris par les services fédéraux et les autres paliers de gouvernement, pour contrer les mauvais traitements dont les aînés sont victimes. Il est vrai que ce sont les gouvernements des provinces qui sont les premiers responsables de la prestation des services pour la santé, le bien-être, la justice et l'éducation. Pourtant, par le biais de la péréquation, du financement global et des ententes de frais partagés, le gouvernement fédéral joue un rôle dans tous ces domaines. En outre, l'application du code pénal, la procédure et la prestation de services à certains groupes particuliers comme les autochtones des réserves et les militaires, relèvent de la compétence fédérale.

Le Comité constate que la participation de différents ministères à l'initiative a facilité le partage de l'information entre les paliers de gouvernement. De même, les efforts faits pour rendre les services compatibles avec les besoins de collectivités réparties dans l'ensemble du Canada sont, dans une perspective nationale, des éléments positifs. Le Comité estime cependant qu'il reste, pour couronner ces efforts, un ingrédient essentiel à ajouter, soit la participation des aînés eux-mêmes.

#### Le Comité recommande :

8. Que le gouvernement fédéral, par l'entremise de son Comité de direction interministériel mis sur pied pour coordonner l'initiative de prévention de la violence familiale, révèle les activités relatives aux mauvais traitements infligés aux aînés lancées jusqu'ici par tous les ministères, ainsi que les sommes accordées à chacune de ces activités;



## IV LES INITIATIVES FÉDÉRALES

Même si le gouvernement fédéral finance depuis la fin des années 80 diverses activités visant à contrer les mauvais traitements infligés aux aînés, l'initiative de lutte contre la violence familiale (1991) a été la première à viser expressément les mauvais traitements infligés aux personnes âgées. Des 136 millions de dollars accordés pour réduire tous les aspects de la violence familiale, environ 10 p. 100 devaient aller à la prévention de la violence contre les personnes âgées<sup>47</sup>. Les fonds accordés dans le cadre de l'initiative de lutte contre la violence familiale devaient être répartis comme suit : 55 millions à Santé et Bien-être social, 23 millions au Solliciteur général, 7 millions à la Justice, 22 millions aux Affaires indiennes et du Nord, 21 millions à la Société canadienne d'hypothèques et de logement et 8 millions à partager entre le Secrétariat d'État et le ministère du Multiculturalisme et de la Citoyenneté.

Les activités, à Santé et Bien-être social Canada et dans les autres ministères qui ont reçu des fonds de l'initiative, sont coordonnées par Santé et Bien-être; le sous-ministre adjoint rencontre régulièrement ses homologues au sein d'un comité de direction interministériel sur la violence familiale. La Division de la prévention de la violence familiale, en particulier, travaille en collaboration avec d'autres divisions de Santé et Bien-être social Canada et avec d'autres ministères à la coordination des efforts du gouvernement pour lutter contre le problème des sévices infligés aux personnes âgées. En outre, le ministre de Santé et Bien-être social présente chaque année au Conseil du Trésor un rapport sur les activités de tous les ministères bénéficiant de fonds attribués dans le cadre de l'initiative de lutte contre la violence familiale.

47 Scott, 1:21, voir la correction.

de 15 à 80 p. 100 des personnes âgées sont victimes d'abus, d'exploitation, de négligence ou de violence. Ce dernier chiffre de 80 p. 100 a été identifié à Jonquière par le Regroupement des aînés qui a mené un sondage auprès de sa clientèle de 2 000 personnes : 80 p. 100 des 400 répondants au questionnaire ont déclaré être victimes d'exploitation financière<sup>46</sup>.

Le Comité croit qu'une bonne collecte de données est une base essentielle à de bonnes décisions de politiques. Le Comité est au courant de l'enquête nationale menée dans tout le pays par le Centre canadien de la statistique juridique et par Statistique Canada, au nom de Santé et Bien-être social Canada, sur la violence conjugale dont sont victimes les femmes et sur les agressions perpétrées contre les femmes, en général. Les enquêteurs interrogeront par téléphone des femmes ayant jusqu'à soixante-dix ans. Le Comité pense que l'étude de l'Institut Ryerson constitue un bon point de départ vers une évaluation de l'étendue du problème de la violence faite aux personnes âgées, mais, à l'instar de certains témoins, il est d'avis que d'autres statistiques sont nécessaires pour déterminer la fréquence des cas et les circonstances les entourant.

#### Le Comité recommande :

5. Que le gouvernement fédéral, par l'entremise du Centre canadien de la statistique juridique de Statistique Canada, entreprenne une enquête nationale afin d'obtenir des données précises sur les mauvais traitements infligés aux Canadiens et aux Canadiennes de plus de 65 ans;
6. Que cette enquête nationale soit suivie de collectes de données périodiques dans d'autres enquêtes nationales afin de déterminer si la situation change avec le temps;
7. Que des données sur l'envergne et la nature des mauvais traitements dans les établissements soient rassemblées dans le cadre des enquêtes nationales.

Enfin, pour compiler les choses, certains aspects de la violence infligée aux aînées sont difficiles à cerner, même pour les professionnels et les personnes qui côtoient journellement les personnes âgées<sup>41</sup>.

Depuis le début des années 80, des études canadiennes ont tenté de mesurer la prévalence des mauvais traitements infligés aux Canadiens âgés. De nombreuses études ont été effectuées dans une même province et ont tiré des données des rapports de cas ou des rapports des fournisseurs de services les plus faciles à consulter au lieu d'interroger les aînées susceptibles d'être maltraitées. Une seule enquête nationale, l'étude de l'Institut Ryerson menée en 1989, a interrogé des personnes âgées chez elles<sup>42</sup>.

La plupart des témoins connaissaient l'étude de l'Institut Ryerson et le fait que, selon elle, au moins 4 p. 100 des aînées canadiens vivent dans des logements privés, font l'objet d'au moins une forme de mauvais traitement infligé par le conjoint, un parent ou un proche. Cette étude a révélé que l'exploitation financière est la forme la plus courante, puisqu'elle représente plus de la moitié des cas. Les insultes, le type de violence psychologique mesuré dans l'étude, représentaient environ le tiers des cas. Le rôle dominant de l'exploitation financière a été mentionné par plusieurs témoins. Une affirmation classique des témoins était que «les petits-enfants subtilisent systématiquement le chèque de bien-être à leur grand-mère<sup>43</sup>».

Michel Couture a soutenu que «ce que l'on voit aujourd'hui, c'est la pointe de l'iceberg<sup>44</sup>». Les cas signalés au Centre de défense des aînées et des aînées abondent : «En moyenne, il y en a deux par jour<sup>45</sup>». M. Couture a aussi présenté des données sur la prévalence du problème dans la région de Montréal : «Il n'existe pas de statistiques valables, mais en regroupant diverses recherches locales, comme celles du CLSC Notre-Dame-de-Grâce, du Centre des services sociaux juifs à la famille et du Centre des services sociaux Montréal métropolitain, on constate que

- 41 Scott, Santé et Bien-être social Canada, Présentation au Sous-comité, 2 février 1993, p. 2.
- 42 Elizabeth Podnieks et al., *National Survey on Abuse of the Elderly in Canada*, Toronto, Institut polytechnique Ryerson, 1990.
- 43 Scott, 1:8.
- 44 Couture, 4:20.
- 45 Couture, 4:21.



population globale du Canada. Il faut s'attendre, toutefois, à ce que leur nombre augmente sensiblement à mesure que le vieillissement de la génération du «baby boom» se fera sentir sur la population<sup>38</sup>. La Voix a souligné pour sa part que, «comme le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans doit doubler d'ici 30 ans, la violence contre les personnes âgées est un problème dont nous devons nous occuper dès maintenant<sup>39</sup>».

La croissance de la population «très âgée» occasionne des difficultés particulières pour les femmes âgées et pour les parentes qui s'en occupent :

... les tendances démographiques, socio-culturelles et économiques actuelles donnent à penser que les mauvais traitements infligés aux personnes âgées deviendront un problème encore plus grave dans les années qui viennent. De fait, si les projections sont justes, il y aura, en 2001, 3,8 millions de femmes et d'hommes âgés qui représenteront environ 14 p. 100 de la population canadienne, dont 425 000 personnes de 85 ans ou plus. Ce dernier groupe — qui comprendra bien sûr plus de femmes que d'hommes — sera le plus vulnérable à toutes les formes de mauvais traitements. Par ailleurs, les familles capables de s'occuper d'elles seront de moins en moins nombreuses, à cause de la hausse du nombre de femmes sur le marché du travail et de la baisse du taux de natalité<sup>40</sup>.

Le point de vue d'Elaine Scott, de Santé et Bien-être social Canada, sur l'envergne du problème a été confirmé par les témoins qui ont comparu après elle :

Il y a peu de statistiques sur l'incidence des mauvais traitements infligés aux aînés et sur les circonstances dans lesquelles ils apparaissent; quant aux données dont on dispose, on estime qu'elles sont généralement au-dessous de la réalité. Les aînés victimes de mauvais traitements répugnent à déclarer les faits, par sentiment de honte ou par peur qu'on se venge sur eux ou qu'on les abandonne.

38

Scott, Présentation au Sous-comité, 2 février 1993, p. 1.

39

Darragh, 2:9.

40

Hôpital Queensway et Service de police de Nepean, «An Education Program and Interagency Model for Police Officers on Physical Abuse and Neglect of Seniors», juin 1992, Témoignage devant le Sous-comité, 23 février 1993.

états de santé, mais c'est le stress quotidien, la misère financière et le désespoir chronique infligés par la pauvreté à ses victimes qui contribuent à cette exploitation généralisée des aînés<sup>37</sup>».

Le Comité est conscient que les résultats des recherches ne révèlent pas une cause unique des mauvais traitements infligés aux personnes âgées. Il a été informé de la multitude des facteurs qui contribuent aux mauvais traitements ou y sont reliés. Afin d'empêcher que les personnes âgées soient maltraitées, le Comité est convaincu qu'il faut des recherches ciblées visant à définir les principaux facteurs de risque.

### **Le Comité recommande :**

3. Que le gouvernement fédéral, par l'entremise des organismes fédéraux existants, finance la recherche visant à déterminer les facteurs de risque que de mauvais traitements soient infligés aux personnes âgées afin de concevoir des mesures de prévention mieux adaptées;

4. Qu'une partie de ce financement serve à des études longitudinales visant à comprendre les facteurs de risque. Il devrait s'agir d'études permettant de mieux connaître l'expérience des aînés maltraités; de déterminer le rôle des facteurs remontant à l'enfance de l'agresseur et de la victime; de comprendre le lien entre les mauvais traitements et d'autres formes de violence envers les personnes âgées; d'exposer tout lien éventuel entre les facteurs sociaux tels que la pauvreté, l'alcoolisme, la toxicomanie et le chômage, et les mauvais traitements infligés aux personnes âgées.

## **III L'ÉTENDUE DU PROBLÈME**

Plusieurs témoins ont présenté un profil démographique général de la population canadienne âgée qui révèle dans quelle mesure les mauvais traitements s'accroissent avec l'âge. Un témoin a indiqué que, «à l'heure actuelle, les aînés (les personnes âgées de 65 ans et plus) comptent pour 11 p. 100 de la

les plans du sexe ou de l'âge<sup>32</sup>. Le Comité a entendu un témoin affirmer que «la cause du problème est le déséquilibre des pouvoirs». Selon cette théorie, «la personne qui inflige des mauvais traitements le fait pour exercer un certain pouvoir qu'elle a l'impression de ne pas avoir. L'exercice de ce pouvoir se fait graduellement, cela n'arrive pas du jour au lendemain. On isole donc graduellement la victime, tout en réduisant graduellement la confiance en soi de cette dernière<sup>33</sup>».

La nature cyclique de la violence est une question connexe : «Un enfant qui est victime de mauvais traitements risque davantage de devenir une femme battue, et une femme qui est victime de mauvais traitements risque davantage d'être victime de mauvais traitements de la part de son fils lorsqu'elle sera âgée, puisque ce dernier a grandi en voyant son père battre sa mère<sup>34</sup>». L'âge de la victime joue également un rôle, «étant donné qu'à mesure qu'une personne vieillit, elle s'isole davantage, elle devient plus faible et plus vulnérable [. . .]. Il est peu probable qu'une personne âgée demande de l'aide<sup>35</sup>».

Les témoins ont évoqué des facteurs «aggravants», qui comprennent le chômage, les privations économiques, l'alcoolisme, le stress de la personne qui dispense les soins et l'isolement social<sup>36</sup>. Winnie Giesbrecht, de l'Association des femmes autochtones du Canada, a exposé au Comité la pauvreté chronique dans les collectivités autochtones d'un bout à l'autre du Canada et les répercussions incommensurables sur la famille autochtone : «À l'absence d'une base économique viable et aux niveaux extrêmement élevés de chômage correspondent des logements surpeuplés et inférieurs aux normes, qui contribuent aux mauvais

32 Direction des services de santé, Direction générale des services et de la promotion de la santé, Santé nationale et Bien-être social Canada, *Guide pour l'établissement de normes : Soins de santé liés aux mauvais traitements, aux voies de fait, à la négligence et à la violence familiale*, Rapport du Sous-comité des guides relatifs aux services institutionnels, Ottawa, 1989, p. 7.

33 Scott, 1:18.

34 Scott, 1:19.

35 Scott, 1:20.

36 Scott, Présentation au Sous-comité, 2 février 1993, et Podnieks, 3:8.



On s'est souvent demandé pourquoi une personne inflige de mauvais traitements à une autre et pourquoi la victime tolère la situation. Les réponses des témoins ont révélé que les motifs de l'un ou l'autre de ces comportements témoignent de la nature complexe des mauvais traitements infligés aux aînés. Aucune cause en particulier n'a été dégagée; aucune théorie n'a permis d'expliquer tous les cas de mauvais traitements infligés aux personnes âgées ni même la plupart d'entre eux. Les témoins ont plutôt parlé de facteurs qui prédisposent aux mauvais traitements, d'indicateurs causaux, de l'effet conjugué de divers facteurs.

Berdie Darrach, de La Voix, a évoqué plusieurs facteurs comme «le cycle de la violence familiale» qui ne prend pas fin après un certain âge. «Une famille qui résout ses problèmes dans l'agressivité continuera toujours de les régler ainsi». «Le comportement pathologique de l'enfant à problèmes [qui] a des conséquences beaucoup plus profondes sur le parent qui se fragilise en vieillissant, généralement la mère». Elle a appelé «les attitudes négatives de la société» face aux aînés<sup>30</sup>.

Elizabeth Podnieks, de l'École des sciences infirmières de l'Institut Ryerson, a exposé au Comité trois théories fondamentales de la violence : le **modèle environnemental** selon lequel les situations actuelles et les conditions sociales constituent les principales causes du comportement agressif; le **modèle pathologique** selon lequel le comportement agressif est déterminé uniquement par les troubles personnels ou pathologiques de l'agresseur; et le **modèle développementaliste** selon lequel la violence conjugale est un comportement acquis qui se transmet de génération en génération, par l'entremise de profils de comportement établis<sup>31</sup>.

Des témoins ont parlé de ce qu'on appelle parfois les dénominateurs communs dans les ouvrages sur la question, le plus fréquent étant «l'abus de pouvoir fondé sur le rapport de force entre l'agresseur et la victime. Cet abus de pouvoir peut refléter des différences sur les plans physique, affectif, social et économique et sur

<sup>30</sup> Darrach, 2:8.

<sup>31</sup> Podnieks, Témoignage devant le Sous-comité, acétate IIIg, 16 février 1993.

similarités caractérisent toutes ces formes de violence dans notre société<sup>27</sup>. Ces similitudes sont notamment que l'abuseur domine et contrôle, les abus sont une trahison de la confiance qui règne entre intimes, la victime est isolée, les victimes adultes sont habituellement des femmes et les abuseurs sont habituellement des hommes.

Bien que l'âge constitue un critère essentiel de la définition des mauvais traitements infligés aux personnes âgées, les chercheurs ont indiqué qu'il constitue une distinction inutile dans le cas de mauvais traitements qui durent depuis des années. Comme l'a fait remarquer Katrina Johnson du *U.S. National Institute on Aging*, «quand on a 55 ans et que son mari nous agresse, cela s'appelle de la violence conjugale. Mais quand cela continue encore à 65 ans, on parle de mauvais traitements infligés à une personne âgée<sup>28</sup>».

Le fait que la définition repose sur la notion d'âge peut créer une sorte d'«angle mort» qui empêche les travailleurs sociaux de voir les moyens par lesquels ils pourraient venir en aide aux personnes âgées. Judith Wahl, de l'*Advocacy Centre for the Elderly*, raconte : «Une travailleuse sociale ( . . . ) m'a téléphoné pour me soumettre un problème. Elle essayait d'aider une personne âgée violente par son mari. C'était un cas classique de violence conjugale. Elle m'a décrit le problème et a demandé ce qu'elle pouvait y faire. Je lui ai demandé si elle avait songé à divers services ( . . . ) Je lui parlé d'un refuge pour la dame, car il fallait la sortir du foyer, essayer de lui rendre ses ressources financières, en faisant appel à notre service pour certains aspects juridiques, obtenir un soutien affectif par des services de consultation puisque cette femme était active sur le plan religieux, au sein de son groupe confessionnel. La travailleuse sociale m'a confié qu'elle n'avait jamais songé à l'un ou l'autre de ces recours, selon elle, il s'agissait non pas de violence conjugale, mais de mauvais traitements infligés à une personne âgée<sup>29</sup>.»

27 McKenzie, 8:6.

28 Johnson, Témoignage devant le Sous-comité, Washington D.C., 29 avril 1993.

29 Wahl, 5:20.

victimés sont surtout des femmes, ce qui serait, dans l'opinion de certains témoins, dû au fait que les femmes âgées sont plus nombreuses que les hommes. Elles ont habituellement plus de 75 ans et souvent une santé très fragile.

Pearl McKenzie a indiqué que les cas dont sont saisis les *North Shore Community Services*, à Vancouver-Nord appartiennent à quatre groupes. D'après elle, «très souvent, l'abuseur d'une femme âgée est encore son conjoint, et c'est habituellement la continuation de la violence conjugale. C'est une violence conjugale qui a vieilli, qui a grisonné». Le deuxième groupe, celui qu'elle appelle les opportunistes, comprend des gens qui font leur proie des aînés; il s'agit souvent de parents qui «veulent s'installer là où il y a de l'actif, comme des biens, là où il y a un revenu assuré». Le troisième groupe comprend des personnes qui ont besoin de l'aide et de l'appui de la femme âgée, dont un grand nombre d'enfants adultes atteints d'une maladie mentale grave. Enfin, il y a ceux qui dispensent des soins, les gens qui s'occupent des personnes âgées à la maison ou dans un établissement<sup>25</sup>.

Les témoins ont reconnu que la conscience des mauvais traitements infligés aux aînés découle d'une préoccupation à l'égard de la violence familiale, avec laquelle elle partage de nombreuses caractéristiques communes. La Voix a déclaré au Comité que «les victimes ont tendance à être isolées et sont généralement impuissantes et à la merci de leurs bourreaux. Ces mauvais traitements ont avant tout lieu au sein des familles, les victimes étant dans la majorité du sexe féminin. La majorité des coupables de ces mauvais traitements ont un profil social et psychologique négatif. Dans de nombreux cas, et c'est encore plus triste, ces mauvais traitements sont la caractéristique de toute une vie conjugale<sup>26</sup>».

Pearl McKenzie, des *North Shore Community Services*, a fait remarquer que, dans ce contexte de la violence familiale, les termes employés ont tendance à établir des distinctions exagérées entre les victimes : «Nous parlons de violence faite aux enfants, de violence conjugale, et d'exploitation des aînés; mais certaines

---

<sup>25</sup> McKenzie, 8:7 et 8:8.  
<sup>26</sup> Darrach, 2:7.



des critères institutionnels et des critères normatifs de la collectivité<sup>24</sup>. Les critères législatifs comprennent «ce qui est contre le droit pénal ou contre le common law». Les critères institutionnels sont ceux sur lesquels se régissent les organisations. Il peut s'agir du code de déontologie d'une association professionnelle ou du règlement d'un foyer pour personnes âgées. Les critères normatifs ne sont pas nécessairement interdits par la loi mais il s'appliquent à des actes que la collectivité juge contraire à ses valeurs.

Pour chaque critère de base, l'identité du protagoniste et de l'antagoniste ainsi que leur relation, mesurée par rapport à la confiance et à la responsabilité, sont évaluées. Le degré d'intention de causer un préjudice et la gravité des mauvais traitements sont aussi évalués. Tous ces éléments pourraient, soutient-on, préciser la terminologie.

Le Comité convient que le manque d'uniformité de la définition des mauvais traitements infligés aux personnes âgées a nui à l'avancement de la recherche.

### **Le Comité recommande :**

1. Que, dans sa documentation et dans ses programmes, le gouvernement fédéral prenne les devants pour uniformiser l'utilisation et la compréhension de la terminologie relative aux mauvais traitements infligés aux personnes âgées;

2. Que les définitions soient mises à l'essai dans divers contextes au Canada afin d'évaluer leur pertinence pour diverses disciplines et diverses cultures.

## **II LES FACTEURS DE RISQUE**

Les caractéristiques de l'agresseur et de la victime ont fait l'objet d'un long débat. Quelques témoins ont attiré l'attention sur le fait que la plupart des agresseurs sont des membres de la famille. Ils comprennent les conjoints, les enfants adultes, les petits-enfants, les frères et soeurs et d'autres parents. Les

aux droits, le laisser-aller et la négligence active et passive<sup>22</sup>. Ils ont aussi indiqué que les aînés canadiens peuvent être victimes de plusieurs formes de mauvais traitements à la fois. De plus, ces mauvais traitements peuvent survenir à la maison ou dans un établissement.

Les quatre catégories ou manifestations de mauvais traitements ont été définies comme suit<sup>23</sup>:

Il y a **violence physique** quand, délibérément et directement, on inflige à l'aîné une douleur physique ou des blessures corporelles, on le maltraite physiquement, on le pousse, le gifle, le pince ou le frappe, on lui donne des coups de pied, on restreint sa liberté de mouvement ou on l'agresse sexuellement;

Il y a **violence psychologique** quand on condamne l'aîné à l'isolement social, qu'on l'insulte, qu'on le menace, qu'on crie après lui, qu'on l'infantilise, qu'on le prive d'affection ou qu'on lui refuse les privilèges auxquels a droit tout être humain;

Il y a **exploitation financière ou matérielle** lorsqu'un proche de l'aîné ou une personne lui prodiguant des soins vole ou s'approprie illégalement son argent ou ses possessions de valeur.

Il y a **négligence** si l'on refuse d'assurer à l'aîné ce dont il a besoin — par exemple, chateur adéquate, vêtements, hygiène alimentaire ou interaction sociale.

Les témoins étaient tous fermement convaincus que l'uniformisation accrue des définitions et des catégories permettrait de comparer les résultats des recherches, appuierait les évaluations de l'efficacité des nouveaux programmes et contribuerait à régler le problème. Comme l'a expliqué Michael Stones, de l'Université Memorial, les mauvais traitements infligés aux personnes âgées ne peuvent être définis et compris de la manière aussi simpliste qu'ils l'ont été jusqu'ici. Selon lui, le terme a de nombreux sens, selon la source de la définition et le contexte dans lequel il est employé. Vouloir les regrouper sème la confusion.

Cherchant à régler le problème de la définition, Michael Stones a conçu un lexique. Il est arrivé à la conclusion qu'il existe trois types de critères de base pour juger s'il y a ou non mauvais traitement. Il s'agit des critères juridiques ou législatifs,

<sup>22</sup> Darragh, 2:7.

<sup>23</sup> Elaine Scott, Santé et Bien-être Canada, Présentation au Sous-comité, 2 février 1993, p. 2.

Par mauvais traitement infligé aux personnes âgées, il faut entendre toute violence verbale ou physique infligée à une personne âgée. Ces mauvais traitements sont souvent criminels. Ils peuvent être infligés par : un membre de la famille, un ami, le personnel des maisons de repos ou de retraite et d'établissements de long séjour, de maisons de soin, de foyers pour personnes âgées, d'hôpitaux généraux ou spécialisés pour les maladies chroniques ou toute personne dont dépend la personne âgée pour ses besoins fondamentaux<sup>19</sup>.

Elizabeth Podnieks, de l'École des sciences infirmières de l'Institut Ryerson, reconnaît qu'il existe de nombreuses définitions, mais elle estime qu'il s'agit d'un acte commis ou omis par une autre personne, qui fait du tort à une personne âgée ou menace son bien-être ou sa sécurité<sup>20</sup>.

Lori Kartes, membre de projet multidisciplinaire de l'hôpital Queensway et du Service de police de Nepean a fait observer que « dans la littérature spécialisée, vous trouverez presque autant de définitions de mauvais traitements qu'il y a d'études sur la question ». Son groupe a opté pour la définition suivante : « Tout tort causé à une personne âgée par une personne jouissant d'un capital de confiance ou investie d'un pouvoir — membre de la famille, voisin, propriétaire ou une personne dans l'exercice d'une profession libérale. Le terme englobe sévices, pressions d'ordre financier ou psychologique, et négligence<sup>21</sup> ». Il exclut la persécution des personnes âgées par des étrangers.

Même s'ils soutiennent qu'il faut apporter un changement, les témoins ont généralement repris les quatre grandes catégories de violence les plus courants dans les ouvrages spécialisés : violence physique, psychologique, matérielle ou financière et négligence. Certains ont mentionné d'autres concepts comme « la cruauté psychologique et mentale, les injures et les insultes chroniques, l'atteinte

19

Darrah, 2:7.

20

Podnieks, Témoignage devant le Sous-comité des questions de santé concernant les personnes âgées, acétate Ila, 16 février 1993.

21

Kartes, 4:7.



## I LA QUESTION DE LA DÉFINITION

Il n'existe aucune définition normalisée de ce qui constitue des mauvais traitements infligés aux personnes âgées. Les témoins ont employé des termes comme tort, exploitation, négligence, mauvais traitements et agression. Malgré les liens qui les unissent tous, ces termes semblent avoir des connotations différentes. Des témoins ont indiqué que l'agression comporte une intention; la négligence se rapporte à un manque de connaissance des ressources disponibles; l'exploitation repose sur l'appât du gain et le désir de contrôler<sup>17</sup>.

Elaine Scott, de la Division de la prévention de la violence familiale à Santé et Bien-être social Canada, a fait remarquer qu'«il n'existe pas de définition universelle des mauvais traitements à l'égard des aînés — ce qui ralentit d'ailleurs la recherche à ce sujet». Elle a ajouté que «l'expression mauvais traitements à l'égard d'un aîné doit être comprise le plus souvent dans le sens de tort causé par un individu à un adulte placé en situation de vulnérabilité essentiellement ou en partie à cause de son âge. Le tort causé ne se limite pas toujours à la violence physique; il peut consister en violence psychologique, en exploitation financière ou matérielle, ou en négligence des besoins sanitaires ou personnels de l'aîné<sup>18</sup>».

Le problème de la définition de ce qui constitue les mauvais traitements infligés aux personnes âgées a également été évoqué par les membres de La Voix, le Réseau canadien des aînés, qui a précisé que «les Canadiens ne s'entendent nullement sur la définition à donner à mauvais traitement infligé aux personnes âgées, ni même sur le nom à lui donner». Ils proposaient la définition suivante à l'attention du Sous-comité :

<sup>17</sup> Dacosta Mason, American Association of Retired People, Témoignage devant le Sous-comité Washington, D.C., 29 avril 1993.

<sup>18</sup> Elaine Scott, Santé et Bien-être social Canada, Présentation au Sous-comité, 2 février 1993, p. 1-2

également, nous pouvons intervenir. Nous ne pouvons plus, aujourd'hui, fermer les yeux lorsqu'une personne est menacée ou blessée; si nous le faisons, nous contribuons au problème<sup>16</sup>».

Le Comité a appris que les aînés eux-mêmes hésitent parfois à réagir : « Les personnes âgées elles-mêmes éprouvent une certaine réticence à se définir comme victimes. Il semble entre autres que ce soit parce qu'elles ont honte de la situation, parce qu'elles ont peur de représailles, d'être abandonnées par leur famille ou d'être placées en établissement<sup>13</sup>. L'un des défis à relever consiste donc à sensibiliser les aînés et à les pousser à réagir.

Plusieurs groupes d'aînés auraient besoin d'une attention particulière : les aînés dans les collectivités autochtones, ceux qui sont placés dans des établissements et ceux qui sont isolés physiquement ou émotionnellement et difficiles à atteindre. Dennis Lewis du *Native Canadian Centre of Toronto* a confirmé que, dans une étude de faisabilité visant à déterminer quels services étaient offerts aux autochtones hors des réserves, on a constaté que de grandes villes canadiennes où vivent des autochtones, soit Vancouver, Edmonton, Winnipeg, Montréal et Halifax, n'offraient aucun service à l'intention des aînés autochtones<sup>14</sup>.

La plupart des réactions à ce jour se sont manifestées chez les professionnels et au niveau local. Un témoin a formulé ce que pensent beaucoup : « Au Canada, on a toujours réagi au cas par cas pour les questions de violence de ce genre et on continue à le faire aujourd'hui. Il n'y a pas vraiment de politique globale et les choses semblent se faire au niveau communautaire<sup>15</sup>. Plusieurs témoins ont fait remarquer qu'il existe des barrières entre les divers fournisseurs de services. Ils ont souligné que le recours aux services de santé, sociaux et juridiques existants pour répondre aux besoins des aînés ne doit pas se limiter à un seul type de mesure, c'est-à-dire à l'administration de médicaments par un médecin ou à l'intervention de la police, sans le soutien ni la participation complémentaire d'autres secteurs. Ils ont fait ressortir la nécessité d'une participation multidisciplinaire, mais aussi l'importance de l'action individuelle : « Policiers, médecins, infirmières, avocats, travailleurs sociaux, enseignants, tous ceux qui, de par leurs fonctions, nous relient aux victimes et aux agresseurs ont un rôle à jouer. Dans notre vie de tous les jours

<sup>13</sup> Scott, 1:9.

<sup>14</sup> Dennis Lewis, *Témoignage du Native Canadian Centre of Toronto*, Programme de prévention de la

violence aux aînés, annexe «Sect-3», 6A:38.

<sup>15</sup> Scott, 1:9.



Elaine Scott, de Santé et Bien-être social Canada, a fait remarquer que « dans l'esprit du public, les mauvais traitements à l'égard des aînés n'occupent pas le même rang que les autres formes de violence familiale. Il a d'ailleurs été dit qu'on accordait aujourd'hui à cette question la même priorité qu'à la violence conjugale il y a dix ans<sup>8</sup> ».

Le message fondamental livré par tous les témoins est que tout mauvais traitement infligé à un aîné est inacceptable. On a signalé que le terme « mauvais traitements infligés aux personnes âgées » était « une édulcoration d'un grave problème<sup>9</sup> ». Le même témoin faisait lui aussi la comparaison avec la violence conjugale : « Permettez-moi de tracer un parallèle avec la violence conjugale. Il y a des années, nous rejetions cette question, en disant que ce n'était qu'un problème familial, de simples mauvais traitements et non un crime. Toutefois, le vent a tourné : désormais, les gens n'ont pas peur d'affirmer que la violence conjugale est un crime. Il faut faire passer le même message en ce qui a trait aux personnes âgées. Il ne faut plus tolérer cela<sup>10</sup> ».

Le simple fait de vieillir et la perception de la société que la vieillesse rend faible et sans défense n'aident vraiment pas les aînés à gagner des gens à leur cause. Michel Couture, du Centre de défense des aînés et des aînées du Québec, a déclaré : « Vieillir aujourd'hui, c'est l'enfer! Telle est ma perception du cauchemar vécu par trop d'aînés<sup>11</sup> ». La vieillesse n'est pas vue comme une période de la vie où l'on profite des années qui nous restent, mais plutôt, comme une période où « les personnes âgées sont tout simplement stockées comme de vulgaires marchandises inutiles<sup>12</sup> ».

8

Elaine Scott, Santé et Bien-être social Canada, Présentation au Sous-comité des questions de santé liées aux aînés se penchant sur la violence à l'endroit des personnes âgées, 2 février 1993, p. 7.

9

Wahl, 5:21.

10

Wahl, 5:21.

11

Couture, 4:20.

12

Couture, 4:20.

Le Sous-comité des questions de santé concernant les personnes âgées de la Chambre des communes a entrepris son étude des mauvais traitements infligés aux personnes âgées en février 1993. Au cours des trois mois qui ont suivi, il a entendu des témoins issus du gouvernement, de la collectivité, des universités, des entreprises et d'organismes d'âinés, venus de tout le Canada. Leur témoignage apparaît dans les fascicules nos 1 à 10 du Sous-comité, pour la 3<sup>e</sup> session de la 34<sup>e</sup> législature. Les témoignages entendus à Washington, D.C., où s'était rendu le Sous-comité ont permis de recueillir des données comparatives avec les États-Unis. D'ailleurs, tout au long des audiences, plusieurs témoins ont fait état des solutions retenues en Angleterre et dans d'autres pays d'Europe.

Le présent rapport fait ressortir les thèmes généraux qui seront dégagés des témoignages et indique l'orientation qui, selon les membres du Comité, devrait être adoptée pour lutter contre les mauvais traitements infligés aux Canadiens âgés. Actuellement il est très préoccupant de constater que le public et les experts des divers domaines touchés par la question ne sont pas sensibilisés aux problèmes que posent les mauvais traitements infligés aux personnes âgées. Les membres du Comité s'accordent pour dire que les services sociaux, médicaux et juridiques existants doivent rajuster le tir pour mieux faire face à la situation. Chaque personne traitant avec les personnes âgées a une part de responsabilité; celle-ci ne revient pas uniquement aux gouvernements.

L'intérêt porté au problème des mauvais traitements infligés aux âinés est assez récent. La persécution des personnes âgées au sein de la famille et dans les établissements est de plus en plus considérée comme un acte criminel, mais le Comité s'est fait à maintes reprises que le degré de sensibilisation et d'intervention est peu élevé. En tant que problème de société, les mauvais traitements infligés aux personnes âgées ne reçoivent encore qu'une attention minimale. Les Canadiens de tout âge hésitent à admettre que des âinés pourraient être maltraités par des membres de la famille ou d'autres personnes en qui ils devraient normalement pouvoir avoir confiance.





Cette personne a frappé à toutes les portes pour obtenir de l'aide et elle n'en a pas reçu. Elle a même, semble-t-il, des difficultés avec son avocat qui ne l'a peut-être pas défendue comme il aurait dû le faire<sup>7</sup>.

attaquées à ce que nous aurions dû faire au départ, soit à la façon dont elle allait reprendre les cordons de sa bourse, dont elle allait commencer à prendre elle-même ses décisions<sup>5</sup>.

## Cas 5

Vendredi dernier, un groupe de voisins est venu à l'université. Ils sont venus nous présenter ce qu'ils pensaient être un cas de mauvais traitements de personnes âgées. Il s'agissait d'un homme âgé, de plus de 70 ans, dont la femme avait été admise six mois plus tôt à l'hôpital psychiatrique. Celle-ci avait environ 20 ans de moins.

Lorsqu'elle est sortie de l'hôpital, elle est rentrée avec un ami qu'elle a installé chez eux. L'ami a commencé à trouver le mari gênant. L'hiver dernier, les voisins voyaient souvent le mari dehors par temps froid en pantoufles et sans manteau. Ils ont commencé à comprendre qu'il n'avait pas le droit de rester dans la maison la plupart du temps et qu'il était essentiellement relégué au sous-sol. On lui faisait couper du bois, on lui faisait faire de lourds travaux, en dépit du fait qu'il souffrait d'une maladie cardiaque et était quelque peu faible, fait connu dans la collectivité en question.

Plusieurs voisins ont appelé la police qui a procédé à une enquête, mais n'a pu porter d'accusations. Il s'agit donc là d'un cas qui est passé entre les mailles du filet. Dans ce cas particulier, le mari est mort. Deux ou trois mois après son décès, les voisins se préoccupaient toujours de la question au point de vouloir essayer que ce genre de choses ne se reproduise plus à l'avenir<sup>6</sup>.

## Cas 6

On a un cas de harcèlement d'une personne de 76 ans par un voisin. Hier soir, la dame m'a appelé parce qu'elle était à bout. Elle était en train de craquer. Elle a fait quatre infarctus depuis l'automne passé. Ce sont ses voisins qui, depuis un an et demi, veulent faire sauter un droit de servitude entre deux maisons. Ils prennent tous les moyens possibles et imaginables pour lui faire abandonner son droit de servitude entre les deux. On lui a fait envoyer des livraisons de restaurants, on lui a fait envoyer des taxis, on l'écoeure de toutes les façons possibles et imaginables.

---

5 McKenzie, 8:4.  
6 Stone, 6:5.

La qualité de vie de cette dame s'est améliorée énormément. Elle était sur le point de faire une dépression nerveuse. Il y a deux ou trois ans, nous pensions qu'elle serait hospitalisée avant longtemps. Elle est maintenant l'une de nos bénévoles les plus actives et qui connaît le plus de succès<sup>4</sup>.

## Cas 4

Il y a plus de 10 ou 11 ans, j'ai rencontré une dame qui avait été une femme forte pendant sa vie et qui s'était établie dans la campagne de la rivière de la Paix avec son mari pendant la Crise. Elle avait passé ses hivers dans la ferme familiale et élevé toute seule ses enfants dans la brousse pendant que son mari allait chercher du travail en ville pour subventionner la ferme.

La retraite venue, elle a déménagé à Edmonton avec son mari. Après le décès du mari, un des enfants est venu la trouver en disant : «Maman, viens habiter chez moi. Je t'aiderai à t'occuper de la succession de papa; je t'aiderai à régler la succession de papa et à investir son argent.» Elle est donc venue s'installer à Vancouver-Ouest avec cet enfant adulte.

Lorsque je l'ai vue, elle habitait seule en appartement. Elle était manifestement très déprimée. Elle ne savait pas vraiment combien d'argent elle avait. Elle ne voyait pour ainsi dire plus ses enfants adultes ni ses petits-enfants. Elle s'est adressée à moi pour planifier ses funérailles. Elle voulait que son corps soit ramené à Edmonton, pour y être inhumé à côté de celui de son mari.

Elle tenait à payer d'avance ses funérailles parce que sa fille et ses fils ne respectaient pas ses dernières volontés à moins qu'elle ne paye d'avance. «Il y a une chose qu'ils respectent, m'a-t-elle dit, et c'est l'argent.» Il fallait obtenir deux prix, l'un pour envoyer la dépouille à Edmonton par avion et l'autre pour l'envoyer par train.

Je lui ai donc demandé quelle était sa préférence. Pour la première fois, elle m'a regardée droit dans les yeux, et j'ai vu un scintillement dans ses yeux. «Le train passe-t-il par Jasper», qu'elle me demande?

J'ai alors compris que mon interlocutrice n'était pas là pour planifier ses funérailles. Elle n'était pas pressée de mourir. Elle voulait l'aventure. Elle voulait une vie, et elle était tout à fait capable d'en avoir une. Nous nous sommes donc



common law permet de faire annuler une transaction frauduleuse comme celle-là. C'est clair et net. Cependant, la mère n'a pas voulu agir et elle a abouti chez sa fille?

## Cas 2

L'hygiéniste publique nous avait dit au téléphone qu'on avait trouvé une dame de 72 ans à Winnipeg dans une maison sans chauffage, sans eau courante, sans rien. Elle a donc amené cette dame à l'hôpital, qui l'a admise. Il est vite apparu que cette dame âgée avait été victime d'agressions sexuelles. Questionnée, elle nous a raconté avoir été la victime de membres de la famille étendue, et également d'autres personnes qui se trouvaient dans la maison, et qui avaient bu. On l'a gardée à l'hôpital plusieurs jours, mais dès que les chèques de pension sont arrivés, la famille a réclamé son congé. En moins de sept jours, nous avons appris que cette dame avait été tuée par les membres de la famille étendue, parce qu'elle avait refusé de leur remettre son chèque de pension?

## Cas 3

Nous avons eu un cas de violence psychologique. Le mari d'une femme âgée très active et vive, qui a peut-être dans les 70 ans, avait déjà été victime d'une crise cardiaque. Chaque fois qu'elle quittait la maison, il lui disait qu'il allait être victime d'une crise cardiaque, qu'elle l'abandonnait, qu'elle ne s'intéressait pas à lui et qu'elle n'avait pas à sortir.

Nous avons fini par persuader la dame en question que nous enverrions quelqu'un tenir compagnie à son mari pendant qu'elle sortirait. Elle avait une formation en arts et s'est inscrite à des cours de sérigraphie. Comme elle aimait tellement la sérigraphie et comme elle y excellait, nous voulions qu'elle donne le cours, contre rémunération purement symbolique.

Comme nous avions offert de la payer, son mari a considéré l'offre comme un emploi. C'est pourquoi il est maintenant très heureux de la laisser aller à ses cours de sérigraphie et il n'est plus nécessaire d'envoyer un bénévole lui tenir compagnie.

**«Le secret profite à l'abus, et il suffit souvent de rompre le silence pour échapper aux mauvais traitements»<sup>1</sup>.**

Les mauvais traitements dont sont victimes les personnes âgées font rarement les manchettes; quand c'est le cas, les médias versent dans le sensationnalisme. Ils oublient de parler de la vaste majorité des sévices infligés par des individus dont les personnes âgées dépendent pour la satisfaction de leurs besoins fondamentaux, physiques et affectifs.

Le Comité a été mis au courant de nombreux cas de mauvais traitements, tableau brutal de la vie des personnes âgées qui subissent quotidiennement des sévices physiques et psychologiques et qui vivent dans le dénuement matériel. Le Comité est convaincu que chacun a le devoir de rompre le silence et de mettre fin au cycle de la violence.

## Cas 1

Un couple avait trois enfants, deux fils et une fille. À sa mort, le mari a laissé tous ses biens à son fils le plus âgé à condition qu'il garde sa mère. Au bout de quelques années, le fils a mis sa mère à la porte et a gardé la maison. La mère s'en est allée chez le deuxième fils qui l'a convaincue d'acheter une maison avec les 10 000 \$ qui lui restaient. Il est allé voir un avocat, et le titre de la maison a été établi au nom du fils uniquement. La mère est restée avec son fils pendant deux ans, après quoi son fils l'a mise à la porte. Elle a abouti chez sa fille qui a dû faire finir son sous-sol et engager des dépenses pour garder sa mère.

Dans un tel cas, la *Loi sur les biens matrimoniaux du Nouveau-Brunswick* permettait à la femme d'invoquer la loi pour obtenir la maison matrimoniale, mais elle ne l'a pas fait. Dans le cas du deuxième fils, c'était clairement du vol. Le *Code criminel* permet alors de faire intervenir la police, ou tout au moins, en droit civil, le

<sup>1</sup> McKenzie, 8:6.





plusieurs provinces au Canada, afin de déterminer si elle est conforme à la *Charte canadienne des droits et libertés*, dans quelle mesure elle atteint les buts visés et son incidence sur les personnes âgées.

### C. La législation concernant la tutelle

Le Comité recommande :

29. Que le ministre d'État pour le troisième âge et le ministre de la Justice consultent les provinces et les territoires sur la législation concernant la tutelle et sur les moyens de renforcer les droits des personnes âgées.

## VIII L'ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ

Le Comité recommande :

30. Que le gouvernement fédéral mette en place des mécanismes afin que tous les projets qu'il finance prévoient un montant distinct et suffisant pour l'évaluation de l'efficacité des interventions éducationnelles, médicales, sociales et juridiques relatives aux mauvais traitements infligés aux personnes âgées;

31. Que le gouvernement fédéral donne des indications sur les méthodes d'évaluation pertinentes selon divers types d'intervention;

32. Que des rapports annuels sur les résultats de toutes les évaluations, positives et négatives, concernant un projet financé par le gouvernement fédéral soient rendus publics.

## C. Les services d'urgence

Le Comité recommande :

24. Que le gouvernement fédéral, de concert avec les autres paliers de gouvernement, fournisse le financement nécessaire à l'accueil d'urgence dans les foyers pour personnes âgées, dans les résidences pour aînés et dans les refuges existants à l'intention des personnes âgées à risque.

## VII LES MOYENS JURIDIQUES DE PROTÉGER LES AÎNÉS

### VULNÉRABLES

#### A. Le Code criminel

Le Comité recommande :

25. Que le gouvernement fédéral, par l'entremise du ministre de la Justice, travaille avec les provinces pour informer les policiers, les juristes et le grand public que les dispositions actuelles du Code criminel s'appliquent aux mauvais traitements à l'égard des Canadiens âgés et qu'elles doivent être imposées;

26. Que le gouvernement fédéral, par l'entremise du ministre de la Justice, examine et précise l'efficacité du Code criminel par rapport aux mauvais traitements infligés aux personnes âgées;

27. Que les articles du Code criminel dont la nature ou l'application se révélera déficiente soient refondus afin de permettre aux avocats, aux juges et à la police de réagir aux cas soupçonnés de mauvais traitements infligés aux aînés.

#### B. La législation concernant la protection des adultes

Le Comité recommande :

28. Que le gouvernement fédéral, par l'entremise du ministre de la Justice, collabore avec les provinces afin d'effectuer une étude sur la législation visant la protection des adultes en vigueur dans

## A. Les services généraux d'aide aux aînés maltraités

Le Comité recommande :

19. Que le gouvernement fédéral, de concert avec les autres paliers de gouvernement, continue de financer les services actuels à l'intention des personnes âgées et que ces services soient adaptés de façon à tenir compte du problème des mauvais traitements infligés aux aînés;

20. Que le gouvernement fédéral finance les recherches visant à mettre sur pied des projets pilotes pour trouver dans la collectivité, des solutions de rechange aux soins en établissement à l'intention des personnes âgées;

21. Que le gouvernement fédéral, de concert avec les autres paliers de gouvernement, fournisse le soutien financier nécessaire aux soins de santé, aux services de relève et aux autres services d'appui aux personnes qui dispensent officiellement des soins aux aînés;

22. Que le gouvernement fédéral étudie des moyens de dédommager financièrement les personnes qui s'occupent de parents âgés.

## B. Les services de défense des aînés

Le Comité recommande :

23. Que le gouvernement fédéral, de concert avec les autres paliers de gouvernement, fournisse du financement et d'autres services de soutien pour faciliter, au niveau des provinces et des territoires, l'établissement de services de défense des aînés semblables à ceux qui fonctionnent actuellement en Colombie-Britannique, en Ontario et au Québec.



18. Que le gouvernement fédéral, de concert avec les autres paliers de gouvernement et avec les organismes représentant les employeurs et les employés, trouve des moyens de fournir de l'information pour répondre aux besoins des dispensateurs de soins qui s'occupent des personnes âgées.

Le Comité recommande :

## E. L'éducation des dispensateurs de soins non officiels

17. Que le gouvernement fédéral, par l'entremise du ministre d'État pour le troisième âge, recherche activement à cofinancer des programmes communautaires établis par d'autres paliers de gouvernement, des entreprises et des syndicats, à l'intention des personnes âgées.

Le Comité recommande :

## D. L'éducation de la collectivité

16. Que le gouvernement fédéral, en collaboration avec les autres paliers de gouvernement, travaille de concert avec les organismes nationaux et provinciaux responsables de la normalisation et de l'éducation auprès des médecins, des infirmières, des travailleurs sociaux, de la police, des banquiers, des avocats et des autres fournisseurs de services, afin d'élaborer des lignes directrices qui les rendront mieux aptes à repérer les mauvais traitements infligés aux personnes âgées et à intervenir.

Le Comité recommande :

## C. L'éducation des fournisseurs de services

15. Que le ministre d'État fédéral pour le Troisième âge, par l'entremise du Conseil des ministres de l'Éducation, établisse des liens avec les ministres provinciaux de l'Éducation pour veiller à ce que les programmes d'études provinciaux comprennent des cours sur la prévention des mauvais traitements à l'égard des aînés.

Le Comité recommande :

11. Que le gouvernement fédéral, par l'entremise des ministères fédéraux pertinents, joue un rôle de chef de file dans la conception et la diffusion de matériel éducatif multimédia visant à prévenir les mauvais traitements infligés aux personnes âgées. Ce matériel devrait être conçu en collaboration avec divers groupes cibles et se fonder sur la connaissance de ce qui est le plus efficace pour chaque groupe.

#### A. L'éducation des aînés

Le Comité recommande :

12. Que le gouvernement fédéral, par l'entremise du Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes, élabore des lignes directrices sur la publicité visant les personnes âgées, afin de donner une image positive du vieillissement.

13. Que le gouvernement fédéral, par l'intermédiaire du Conseil consultatif national sur le troisième âge, collabore avec l'Association des banquiers canadiens afin de favoriser et de promouvoir le dépôt direct des paiements mensuels réguliers, comme les pensions de vieillesse, et des paiements irréguliers, comme les remboursements d'impôt.

#### B. L'éducation des enfants et des adolescents

Le Comité recommande :

14. Que le gouvernement fédéral, par l'entremise des ministères fédéraux pertinents et dans les limites des budgets existants, fournisse du financement et un soutien à l'évaluation pour les activités pédagogiques visant à donner aux enfants et aux adolescents une image positive du vieillissement, et que ce financement représente 10 p. 100 du montant affecté à l'éducation des enfants et des adolescents;

### III L'ÉTENDUE DU PROBLÈME

Le Comité recommande :

5. Que le gouvernement fédéral, par l'entremise du Centre canadien de la statistique juridique de Statistique Canada, entreprenne une enquête nationale afin d'obtenir des données précises sur les mauvais traitements infligés aux Canadiens et aux Canadiennes de plus de 65 ans;

6. Que cette enquête nationale soit suivie de collectes de données périodiques dans d'autres enquêtes nationales afin de déterminer si la situation change avec le temps;

7. Que des données sur l'envergne et la nature des mauvais traitements dans les établissements soient rassemblées dans le cadre des enquêtes nationales.

### IV LES INITIATIVES FÉDÉRALES

Le Comité recommande :

8. Que le gouvernement fédéral, par l'entremise de son Comité de direction interministériel mis sur pied pour coordonner l'initiative de prévention de la violence familiale, révèle les activités relatives aux mauvais traitements infligés aux aînés lancées jusqu'ici par tous les ministères, ainsi que les sommes accordées à chacune de ces activités;

9. Que le gouvernement fédéral continue de promouvoir des partenariats entre les ministères fédéraux, entre les divers paliers de gouvernement et dans la société afin de mettre un terme aux mauvais traitements infligés aux personnes âgées et que ces partenariats soient appuyés par un financement adéquat;

10. Que le gouvernement fédéral s'assure que des aînés canadiens représentant les deux sexes, divers groupes d'âge et diverses ethnies fount partie des comités consultatifs.



## LISTES DES RECOMMANDATIONS

### I LA QUESTION DE LA DÉFINITION

Le Comité recommande :

1. Que, dans sa documentation et dans ses programmes, le gouvernement fédéral prenne les devants pour uniformiser l'utilisation et la compréhension de la terminologie relative aux mauvais traitements infligés aux personnes âgées;

2. Que les définitions soient mises à l'essai dans divers contextes au Canada afin d'évaluer leur pertinence pour diverses disciplines et diverses cultures.

### II LES FACTEURS DE RISQUE

Le Comité recommande :

3. Que le gouvernement fédéral, par l'entremise des organismes fédéraux existants, finance la recherche visant à déterminer les facteurs de risque que de mauvais traitements soient infligés aux personnes âgées afin de concevoir des mesures de prévention mieux adaptées;

4. Qu'une partie de ce financement serve à des études longitudinales visant à comprendre les facteurs de risque. Il devrait s'agir d'études permettant de mieux connaître l'expérience des aînés maltraités; de déterminer le rôle des facteurs remontant à l'enfance de l'agresseur et de la victime; de comprendre le lien entre les mauvais traitements et d'autres formes de violence envers les personnes âgées; d'exposer tout lien éventuel entre les facteurs sociaux tels que la pauvreté, l'alcoolisme, la toxicomanie et le chômage, et les mauvais traitements infligés aux personnes âgées.



# TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES RECOMMANDATIONS .....	ix
ROMPRE LE SILENCE .....	1
INTRODUCTION .....	7
NATURE ET PORTÉE DU PROBLÈME .....	11
I LA QUESTION DE LA DÉFINITION .....	11
II LES FACTEURS DE RISQUE .....	14
III L'ÉTENDUE DU PROBLÈME .....	19
MESURES PRISES ET À PRENDRE .....	23
IV LES INITIATIVES FÉDÉRALES .....	23
V L'ÉDUCATION .....	25
A. L'éducation des aînés .....	26
B. L'éducation des enfants et des adolescents .....	38
C. L'éducation des fournisseurs de services .....	30
D. L'éducation de la collectivité .....	33
E. L'éducation des dispensateurs de soins non officiels .....	36
VI LES SERVICES .....	37
A. Les services généraux d'aide aux aînés maltraités .....	37
B. Les services de défense des aînés .....	41
C. Les services d'urgence .....	43
VII LES MOYENS JURIDIQUES DE PROTÉGER LES AÎNÉS VULNÉRABLES ..	44
A. Le Code criminel .....	44
B. La législation concernant la protection des adultes .....	46
C. La législation concernant la tutelle .....	49
VIII L'ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ .....	50
LES SOLUTIONS SOCIALES, JURIDIQUES ET MÉDICALES .....	53
ANNEXE A — Formulaire d'aiguillage, Programme Gatekeeper, Delmarva Power .....	55
ANNEXE B — Liste des témoins .....	57
ANNEXE C — Liste des particuliers entendus à Washington, D.C. ..	61





Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine a l'honneur de présenter son

## SEPTIÈME RAPPORT

Conformément au mandat que lui confère l'article 108(1) du Règlement, votre Comité a mis sur pied un Sous-comité et lui a donné le mandat d'examiner les questions de santé concernant les personnes âgées.

Le Sous-comité a présenté son premier rapport au Comité.

Votre Comité a adopté le rapport, dont voici le texte :

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE  
SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES, DU TROISIÈME ÂGE  
ET DE LA CONDITION FÉMININE

*Présidence:* Barbara Greene

*Vice-présidents:* Rey Pagtakhan  
Jean-Luc Joncas

Members

Edna Anderson  
Barbara Greene  
Jean-Luc Joncas  
Jim Karpoff  
Rey Pagtakhan  
Bobbie Sparrow  
David Walker  
Stan Wilbee—(8)

(Quorum 8)

*Le greffier du Sous-comité*

Eugene Morawski

SOUS-COMITÉ DES QUESTIONS DE SANTÉ

CONCERNANT LES PERSONNES ÂGÉES DU COMITÉ

PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL,  
DES AFFAIRES SOCIALES, DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA

CONDITION FÉMININE

*Président:* Edna Anderson

*Vice-président:* Lawrence MacAulay

Members

Bruce Halliday  
Neil Young—(4)

(Quorum 3)

*Le greffier du Sous-comité*

Eugene Morawski

Nancy Miller Chenier  
Service de recherche  
Bibliothèque du Parlement

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND WELFARE,  
SOCIAL AFFAIRS, SENIORS AND THE STATUS OF  
WOMEN

*Chair:* Barbara Greene

*Vice-Chairmen:* Rey Pagtakhan  
Jean-Luc Joncas

Members

Edna Anderson  
Barbara Greene  
Jean-Luc Joncas  
Jim Karpoff  
Rey Pagtakhan  
Bobbie Sparrow  
David Walker  
Stan Wilbee—(8)

(Quorum 8)

Eugene Morawski

*Clerk of the Sub-Committee*

SUB-COMMITTEE ON SENIOR CITIZENS, HEALTH ISSU  
OF THE STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND  
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS AND THE STAT  
OF WOMEN

*Chairman:* Edna Anderson

*Vice-Chairman:* Lawrence MacAulay

Members

Bruce Halliday  
Neil Young—(4)

(Quorum 3)

Eugene Morawski

*Clerk of the Sub-Committee*

Nancy Miller Chenier  
Research Branch  
Library of Parliament

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre  
des communes par l'Imprimeur de la Reine pour le Canada.

En vente: Groupe Communication Canada — Edition,  
Approvisionnement et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

Published under authority of the Speaker of the  
House of Commons by the Queen's Printer for Canada.

Available from Canada Communication Group — Publishing,  
Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9



Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la

Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on

**Santé et du Bien-être  
social, des Affaires  
sociales, du Troisième  
âge et de la Condition  
féminine**  
**Health and Welfare,  
Social Affairs,  
Senior and the Status  
of Women**

CONCERNANT:

Étude du premier rapport du Sous-comité sur les  
questions de santé concernant les personnes âgées

COMPRIS:

Considération of the First Report of the Sub-Committee  
on Senior Citizens Health Issues

RESPECTING:

INCLUDING:

Septième rapport à la Chambre: Rompre le silence sur les  
mauvais traitements infligés aux Canadiens âgés : la  
responsabilité de tous



**ROMPRE LE SILENCE SUR LES MAUVAIS  
TRAITEMENTS INFLIGÉS AUX CANADIENS ÂGÉS :  
LA RESPONSABILITÉ DE TOUS**

**RAPPORT DU COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE  
SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES, DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA  
CONDITION FÉMININE**

**BARBARA GREENE, DÉPUTÉE  
PRÉSIDENTE**

**EDNA ANDERSON, DÉPUTÉE  
PRÉSIDENTE  
SOUS-COMITÉ DES QUESTIONS DE SANTÉ CONCERNANT  
LES PERSONNES ÂGÉES**

**juin 1993**





juin 1993

SOUS-COMITÉ DES QUESTIONS DE SANTÉ CONCERNANT  
LES PERSONNES ÂGÉES

EDNA ANDERSON, DÉPUTÉE  
PRÉSIDENTE

BARBARA GREENE, DÉPUTÉE  
PRÉSIDENTE

RAPPORT DU COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE  
SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES, DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA  
CONDITION FÉMININE

ROMPRE LE SILENCE SUR LES MAUVAIS  
TRAITEMENTS INFLIGÉS AUX CANADIENS ÂGÉS :  
LA RESPONSABILITÉ DE TOUS

CHAMBRE DES COMMUNES  
CANADA



CAI  
XC 28  
-H39  
Issue 22



House of Commons  
Ottawa



## **TOWARDS 2000: Eliminating Child Poverty**

### **Report of the Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women**

**Barbara Greene, M.P.  
Chair**

**Sub-Committee on Poverty**

**June 1993**





**TOWARDS 2000:  
Eliminating Child Poverty**

**Report of the Standing Committee on Health and  
Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of  
Women**

**Barbara Greene, M.P.  
Chair**

**Sub-Committee on Poverty**

**June 1993**





HOUSE OF COMMONS

Issue No. 22

Chair: Barbara Greene

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 22

Présidence: Barbara Greene

*Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on*

*Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la*

## **Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women**

## **Santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine**

### **RESPECTING:**

Consideration of the Second Report of the Sub-Committee on Poverty

### **CONCERNANT:**

Étude du deuxième rapport du Sous-comité sur la pauvreté

### **INCLUDING:**

Eighth report to the House:  
Towards 2000:  
Eliminating Child Poverty

### **Y COMPRIS:**

Huitième rapport à la Chambre:  
Promesse de l'an 2000;,  
Éliminer la pauvreté des enfants

Third Session of the Thirty-fourth Parliament,  
1991–92–93

Troisième session de la trente-quatrième législature,  
1991–1992–1993

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND WELFARE,  
SOCIAL AFFAIRS, SENIORS AND THE STATUS OF  
WOMEN

*Chair:* Barbara Greene

*Vice-Chairmen:* Rey Pagtakhan  
Jean-Luc Joncas

Members

Edna Anderson  
Jim Karpoff  
Bobbie Sparrow  
David Walker  
Stan Wilbee — (8)

(Quorum 8)

Eugene Morawski

*Clerk of the Committee*

SUB-COMMITTEE ON POVERTY OF THE STANDING  
COMMITTEE ON HEALTH AND WELFARE, SOCIAL  
AFFAIRS, SENIORS AND THE STATUS OF WOMEN

*Chair:* Barbara Greene

*Vice-Chairman:* Chris Axworthy

Members

Edna Anderson  
Jean-Luc Joncas  
Rey Pagtakhan

(Quorum 3)

Eugene Morawski

*Clerk of the Sub-Committee*

Marion G. Wrobel

*Research Branch  
Library of Parliament*

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE  
SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES, DU TROISIÈME ÂGE  
ET DE LA CONDITION FÉMININE

*Présidence:* Barbara Greene

*Vice-présidents:* Rey Pagtakhan  
Jean-Luc Joncas

Membres

Edna Anderson  
Jim Karpoff  
Bobbie Sparrow  
David Walker  
Stan Wilbee — (8)

(Quorum 8)

*Le greffier du Comité*

Eugene Morawski

SOUS-COMITÉ SUR LA PAUVRETÉ DU COMITÉ  
PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL  
DES AFFAIRES SOCIALES, DU TROISIÈME ÂGE ET DE  
LA CONDITION FÉMININE

*Présidence:* Barbara Greene

*Vice-président:* Chris Axworthy

Membres

Edna Anderson  
Jean-Luc Joncas  
Rey Pagtakhan

(Quorum 3)

*Le greffier du Sous-comité*

Eugene Morawski

*Service de recherche  
Bibliothèque du Parlement*

Marion G. Wrobel

Published under authority of the Speaker of the  
House of Commons by the Queen's Printer for Canada.

Available from Canada Communication Group — Publishing,  
Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre  
des communes par l'imprimeur de la Reine pour le Canada.

En vente: Groupe Communication Canada — Édition,  
Approvisionnement et Services Canada, Ottawa, Canada K1A

# **The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women**

has the honour to present its

## **EIGHTH REPORT**

In accordance with its mandate under Standing Order 108(1), your Committee established a Sub-Committee and assigned it the responsibility of examining the subject of poverty.

The Sub-Committee submitted its Second Report to the Committee.

Your Committee adopted the following Report which reads as follows:





## *Acknowledgements*

The members of the Sub-Committee on Poverty gratefully acknowledge the contribution of the various officials and representatives of the community who took time to meet with us and offer their constructive comments on the important issues raised in this report.

We also gratefully acknowledge the contribution of Marion Wrobel of the Library of Parliament for undertaking this challenging task with enthusiasm and competence. Our Committee was most fortunate to have a researcher of his expertise and calibre and with a full realization of the importance of collecting the right statistics to accomplish our goal.

We also appreciate the patience and dedication of the clerk of the Sub-Committee, Eugene Morawski who organized and co-ordinated the hearings and was responsible for the publication of the report.

Thanks also to the staff of the Committees Directorate, the Translation Bureau of the Secretary of State and the Support Services of the House of Commons and the Research Branch of the Library of Parliament for their assistance.

The Chair sincerely thanks the Conservative members of the Sub-Committee Edna Anderson and Jean-Luc Joncas for their dedication and perseverance in continuing with this important task. Alan Redway also participated in the hearings and deliberations of the Committee. His experience and interest in poverty greatly assisted the Committee.





# Table of Contents

---

<b>PREFACE</b> .....	<b>I</b>
<b>CHAPTER I — ASSESSING POVERTY IN CANADA</b> .....	<b>1</b>
<b>CHAPTER II — THE STATISTICS CANADA LOW INCOME INDICATORS: THE LICOS AND THE LIMS</b> .....	<b>7</b>
A. THE NATURE AND ORIGINS OF THE LICOs .....	7
B. POVERTY AND LOW INCOME: A QUESTION OF LIVING STANDARDS .....	10
C. THE ROLE OF ECONOMIC GROWTH .....	12
D. PRE-TAX INCOME VS. AFTER-TAX INCOME .....	15
E. THE TREATMENT OF IN-KIND BENEFITS .....	18
F. OTHER INCOME ISSUES .....	19
<b>CHAPTER III — OTHER MEASURES OF POVERTY</b> .....	<b>27</b>
A. THE AMERICAN POVERTY MEASURE .....	27
B. THE SARLO POVERTY LINES .....	30
C. THE MONTREAL DIET DISPENSARY GUIDELINES .....	31
D. INTERNATIONAL APPROACHES TO POVERTY MEASUREMENT .....	33
<b>CHAPTER IV — WHO IS POOR AND WHO IS NOT?</b> .....	<b>37</b>
A. THE CASE OF HOMEOWNERS .....	37
B. THE CASE OF THE SELF-EMPLOYMENT AND INVESTMENT INCOME .....	38
C. THE CASE OF STUDENTS .....	38
D. THE WORKING POOR .....	39
<b>CHAPTER V — A MENU APPROACH TO POVERTY: THE BASIC NEEDS BUDGET</b> .....	<b>43</b>
A BUDGET FOR BASIC NEEDS .....	46
CONCLUDING COMMENTS .....	49
<b>APPENDIX TO CHAPTER V — ILLUSTRATIVE INCOME INADEQUACY BENCH MARKS FOR CANADIAN CITIES</b> .....	<b>55</b>
<b>CHAPTER VI — CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS</b> .....	<b>69</b>
<b>APPENDIX A — WITNESSES VISITED IN TORONTO AND FREDERICTON</b> .....	<b>75</b>
<b>APPENDIX B — LIST OF WITNESSES</b> .....	<b>77</b>
<b>APPENDIX C — CORRESPONDENCE RECEIVED BY THE SUB-COMMITTEE</b> .....	<b>79</b>
<b>REQUEST FOR GOVERNMENT RESPONSE</b> .....	<b>95</b>



# PREFACE

---

It is the premise of this Sub-Committee that policies designed to eliminate poverty can only succeed if we have the means by which to identify the poor and assess the overall extent of poverty in Canada. Such means do not now exist! Statistics Canada produces the most widely used measures of well being, and agrees that they do not constitute poverty measures.

It is the desire of the Sub-Committee to ensure that all Canadians can enjoy a decent standard of living. The measures commonly used today do not portray accurately the changes that have taken place over time. Thus these measures do not identify with precision those families failing to benefit from improved economic conditions.

The House of Commons has unanimously passed a motion to eliminate child poverty by the year 2000 and the Sub-Committee has recommended a very comprehensive approach to ensuring that poor children have every opportunity possible to thrive. However, if we do not know which Canadian children are in fact in need we can never set concrete attainable objectives. If we define the problem inaccurately we cannot eliminate child poverty and children will continue to suffer. The purpose of this study is not to reduce poverty by narrowing its definition, nor to redefine it but rather to find another way to identify the specific ingredients of poverty so that we can find the most effective ways to reduce and eliminate poverty as quickly as possible.

We regret the decision by opposition Members of Parliament to boycott these proceedings just as we regret the decision by a number of policy groups and anti-poverty activists not to participate. They could have contributed greatly to this inquiry because we all share common goals. But we do not feel that this study lacks legitimacy because of their refusal to participate. The subject matter needs investigation. That is why we have undertaken this study. The testimony on which this Report is based is to be found in Issues Nos. 3-10 of the Sub-Committee on Poverty.





# ASSESSING POVERTY IN CANADA

---

On 24 November, 1989 the House of Commons passed unanimously the following motion of Mr. Ed Broadbent. "That this House express its concern for the more than one million Canadian children currently living in poverty and seek to achieve the goal of eliminating poverty among Canadian children by the year 2000."<sup>1</sup>

All Members of the House of Commons expressed strong support for the elimination of child poverty, particularly on account of the belief that more than one million Canadian children suffered from poverty at that time. The Sub-Committee on Poverty of the Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women took up the challenge of the motion with great enthusiasm, spending almost two years studying the subject. Its report, "CANADA'S CHILDREN: Investing in our Future" was published in late 1991 and made numerous recommendations designed to reduce the incidence of child poverty.

Members of Parliament, like most Canadians, believed that the source of the problem lay in the poor performance of the economy and the inadequacy of social services provided by governments. Correcting such flaws, we thought, would be the main challenges to eliminating poverty. Little did we know at the time that a major obstacle to eliminating poverty lay with the lack of appropriate tools to correctly identify the problems that make up poverty.

The 1991 recommendations of the Sub-Committee were many and varied and, we believe, were aimed in the right direction to eliminate real poverty: Our Sub-Committee recommended national standards for welfare, programs to improve the health and parenting skills of pregnant women and the health of infants and young children, job training, education, improved opportunities for poor parents and children, and income improvements through a substantially increased child benefit and an earned income supplement for the working poor. Many of our recommended initiatives, however would not be reflected in the existing statistical measurements.

The Liberal Members of the House of Commons issued a minority report on child poverty. Two prominent recommendations called for national breakfast, lunch and snack programs in schools as well as tax reform for families with children. These might be valuable suggestions but neither would be reflected in our statistical measurements.

The New Democratic Members issued a minority report as well as a position paper on poverty. That position paper made a long list of recommendations. Some of the major recommendations directly affecting the standard of living of the poor included: that those living below the poverty line should not pay income tax; that affordable child care should be provided; that poor families should have better access to subsidized housing. Not one of these three major recommendations would be reflected in the measured incidence of poverty as usually reported.

---

<sup>1</sup> *House of Commons Debates*, 24 November 1989, p. 6178.

In addition, the NDP paper recommended that incomes, whether employment or social assistance, be sufficient to cover shelter, clothing and nutritional needs of families. Yet the analysis in the paper identifying the inadequacy of social assistance levels used as a point of reference the Statistics Canada Low Income Cut-Offs (LICOs) which in no way are based on the cost of meeting such needs. The use of such existing measures could also result in higher standards of living for the poor who do not earn income, compared to those who do.

In its response to our Committee's recommendations and the United Nations Convention on the Child, the government announced two major initiatives: the new child benefit which included an earned income supplement for the working poor and the Brighter Futures Initiative. The new child benefit will be counted as income by Statistics Canada in compiling its Low Income Cut-Offs in spite of the fact that only \$400 million of this \$2.1 billion initiative is new money. The Brighter Futures Initiative which will provide funding for many of the prevention and developmental programs recommended by our Committee will not be counted — although many of these programs could provide children with greater benefits than might an increase in family income. However while the reported incomes of low-income Canadians might rise, any reductions in their reported numbers could be offset if Statistics Canada decides to reassess its base for the LICOs.

In Chapter II we will present evidence to demonstrate that Statistics Canada's Low Income Cut-Offs are not poverty measures and make very poor indicators of income inadequacy. These measures suffer from a variety of defects. The most important flaws are summarized below.

- They are misunderstood and misused by the clients of Statistics Canada.
- They do not represent a consistent measure of economic well-being, and hence cannot tell us whether the living standards of the poor have improved or deteriorated.
- They mask the progress that has taken place in reducing income inadequacy.
- They minimize the beneficial effects on lower income families of economic growth.
- They commonly make use of inappropriate income concepts, by ignoring income taxes.
- They ignore in-kind benefits.
- They do not represent a national standard of living that is consistent over time, among communities and among different family structures. They fail to distinguish between the needs of working and non-working families.

It is apparent to the Committee that the measurement and analysis of income inadequacy in Canada is subject to a great deal of misunderstanding and confusion. Income inequality is confused with income inadequacy. Irrelevant income concepts are used in this assessment. Many programs for addressing real poverty are not counted. And in the end, we do not know whether low income families have access to sufficient nutrition, shelter and clothing. Nor do we know whether their state has been getting better or worse.

No government in Canada can properly address the problems of income inadequacy until we know which Canadians are in need of assistance. Few Canadians recognize that such a problem exists. They know that a poverty measure is essential for judging the state of the poor in this country and for that reason they want the government to provide such a measure. They believe that Statistics Canada provides them with just such a scientific and well thought out measure. Such is, unfortunately, not the case.



---

**To eliminate child poverty in Canada requires that we be able to measure income inadequacy and assess our success or failure in dealing with the problem. Similarly, to satisfy any commitments the Canadian government has made in signing international agreements we need indicators which are suitable to the task.**

---

The Committee believes that poverty implies an inability to attain an adequate standard of living relative to others in society. That standard of living should be expressed in terms of access to essential goods and services. That is, a measure of income inadequacy should indicate whether an individual or family can obtain adequate amounts of food, shelter, clothing, health care, etc. This is poverty in an absolute sense. It refers to a standard of living. There can be, and is, considerable debate about the "standard" below which families are considered to be poor. An absolute measure may have a high threshold which considers families still to be poor if they consume a variety of non-essential goods and services. The threshold can be very low, judging families to be poor only if they are on the very edge of physical survival. Nevertheless, the crucial feature about absolute poverty is that it is based upon a standard of economic well-being.

The alternative view of poverty does not refer to standards of living as such. Rather, it refers to income in relation to some economy wide average. This view of poverty concentrates on notions of being part of a group, fitting in, etc. In practice, though, it tends to be almost purely a matter of defining poverty in terms of income inequality. In this sense, income inequality produces poverty, but the poverty that it generates has no corresponding, set standard of living. In fact, the standard of living associated with such a poverty line can vary enormously in a country as diverse as Canada.

This relative approach is also highly dependent upon the choice of appropriate community. Measures in use generally employ Canadian average or median incomes but this is probably done more for administrative ease than for any conceptual reason. Should the standard of poverty of someone in a remote community of Newfoundland be judged in comparison to a wealthy community in British Columbia? Should it be affected by changes in the cost of living in Vancouver? Should a 21 year old who has just entered the work force be considered a peer of someone who has been in the workforce for 20 years and should he or she be considered poor if his or her income is one-half that of the older worker?

Most Canadians believe that we are all better off economically by living in a united nation. If the nation were to disintegrate along provincial lines, our relative measures of poverty would indicate that the residents of Newfoundland or Prince Edward Island would become less poor because the measures would make comparisons only within those provincial states, not within a nation containing richer communities. Moreover, this could be happening at the same time that overall standards of living were declining.

The countries of Europe have traditionally had very homogeneous populations by North American standards. This is one reason why those nations have less income disparity than in Canada or the United States. Consequently the use of relative poverty measures would indicate smaller amounts of poverty. But with the move to a united Europe, the new body would be far more heterogeneous than the individual components. Commonly used measures would indicate greater degrees of Europe-wide poverty resulting from a unification, even if it actually increases overall standards of living.

Relative poverty measures are unable to answer a number of important, yet simple questions. For example, consider the case of a family which was destitute last year but which can now afford a home, a car, more than adequate food and clothing, etc. An absolute measure would say that this

family is no longer poor. With a purely relative approach, we cannot answer such a basic question without knowing what happened to everybody else. The family might in fact be worse off in a relative sense. Moreover, if under a relative measure of poverty, a family moves above the relevant cutoff point over time, we cannot even say that its ability to purchase necessary goods and services has increased.

But these relative measures also appear to violate generally accepted principles regarding the design of poverty measures. In her book published by the Urban Institute Press, Ms Patricia Ruggles speaks of indices of poverty more complicated than the measures now used in the United States. Such newer measures are designed to give a better overall view as to the extent of poverty in that country. The book outlines generally and widely accepted axioms as to the structure of such indices. For example, they should indicate an increase in the index of poverty if the poor become more poor. More importantly, though, she notes that it is widely accepted that an index of poverty should not be affected by changes in income affecting only the non-poor.<sup>2</sup> That is a matter for measures of income inequality. It is not a matter for measures of poverty. But if this advice is appropriate for an index of poverty it is also appropriate for a simple measure of poverty. Unfortunately, the measures now available in Canada which are widely accepted as poverty measures, i.e. the LICOs, do not meet this test.

Just recently the United Nations Committee on Social, Economic and Cultural Rights reported on Canada's poor performance in combatting poverty, citing the fact that over four million Canadians were living in poverty and that homelessness and hunger were serious problems in this country. These conclusions were based on indicators which Statistics Canada insists are not poverty measures, and which show little progress over time because of the periodic upward adjustments in response to higher levels of real income. Canada has also lost its number one ranking on the UN Human Development Index largely because of our record of income inequality, despite the fact that the Canadian tax and transfer system has had an enormous impact in changing the extent of market inequality. The ratio of incomes of the top and bottom quintiles falls by a factor of four for families and a factor of eight for unattached individuals. Thus, for example, the top group of families had almost nineteen times as much market income as the bottom group in 1991. On the other hand, they had only five times as much after-tax and after-transfer income as the bottom group. This indicates a significant amount of government assistance for lower income persons.

---

<sup>2</sup> Patricia Ruggles, *Drawing the Line — Alternative Poverty Measures and their Implications for Public Policy*, Urban Institute Press, Washington, D.C., 1992, p. 28.







# THE STATISTICS CANADA LOW INCOME INDICATORS: THE LICOS AND THE LIMS

---

Unlike the United States, Canada has no official poverty measure. We have no official definition of poverty for the purposes of delivering social programs, nor do we have a measure against which our national data collection agency can judge the extent of poverty.

---

**The Statistics Canada measures are continually and deliberately misused as poverty measures.**

**The Low Income Cut-Offs of Statistics Canada have attained the status of unofficial, but almost universally-accepted, poverty measures even though the organization producing these indicators has never considered them as such. To quote Statistics Canada, "Although Statistics Canada's low income cut-offs are commonly referred to as official poverty lines, they have no officially recognized status nor does Statistics Canada promote their use as poverty lines."**<sup>3</sup>

---

These LICOs in no way suggest that all families falling below their levels should be counted as poor — they are in no sense an indicator of indigence and they in no way indicate inadequate standards of living. But users of these statistics are not at all reluctant to use them in such a manner. The National Council of Welfare, when judging the adequacy of welfare benefits uses the LICOs as measures of poverty, and they are not alone. To quote: "The National Council of Welfare regards the cut-offs [LICOs] as poverty lines. Like any poverty lines, they have their limitations but they are widely accepted as a bench mark for judging income adequacy in Canada. Other studies of poverty, especially local surveys using a "market basket" approach, have produced comparable results."<sup>4</sup> Thus the LICOs take on an important status when the National Council on Welfare judges programs such as social assistance.

### A. THE NATURE AND ORIGINS OF THE LICOS

The incidence of low income in Canada has been measured for many years now by the use of these LICOs which have their origin in Ms. Jenny Podoluk's study of Canadian incomes.<sup>5</sup> She devised a low income measure based on the discretionary spending power of families at the lower end of the economic spectrum, compared to that of families on average. Discretionary spending for this purpose consists of spending on goods and services other than food, shelter and clothing.

The Census data used by the Podoluk study suggested that Canadian families were spending on average about 50% of their income on necessities. In other words, one-half of their income could be spent in a discretionary fashion. That study defined a low-income threshold as the income

---

<sup>3</sup> Statistics Canada, *Low Income Cut-offs*, Household Surveys Division, Ottawa, January 1991, p. 21.

<sup>4</sup> National Council of Welfare, *Welfare Incomes 1991*, Ottawa, Summer 1992, p. 21.

<sup>5</sup> Jenny Podoluk, *Incomes of Canadians*, 1961 Census Monograph, Dominion Bureau of Statistics, Ottawa, 1967.

level consistent with spending 70% or more of income on necessities. That was 20 percentage points more than the average. Put another way, families were thought to be in low income if they had an income which enabled them to spend no more than 30% of their income in a discretionary fashion.

Although these three broad categories are defined as necessities, the individual items contained therein might be in no way considered necessary. Dr. Michael Wolfson pointed this out to the Committee.(4:11) Spending on food includes restaurant meals and caviar. Shelter costs include vacation homes. Clothing includes jewellery and furs. But excluded are expenditures on toothpaste, transportation to work, or a telephone. To establish the level of income consistent with this definition of "low income" requires the determination of the income level at which the average propensity to consume necessities equals the pre-set level. Some families below the low income threshold spend more than 30% of their income in a discretionary fashion while some with incomes above the threshold spent less than 30% in a discretionary fashion.

The ability to spend economic resources with discretion tends to increase with real income. This is true when looking at the consumption of a cross section of families at any point in time and it is true when looking at data over time as well. Surveys subsequent to the original study have found that the extent of discretionary spending has been rising. On the basis of the 1982 expenditure survey, for example, Canadian families were spending 64% of their income in a discretionary fashion, up substantially from the 50% of the Podoluk study.

LICOs have been established for a number of family configurations and for a variety of sizes of urban communities, in addition to a set of LICOs for rural areas. They are complicated indicators to produce and most people using them do not appreciate the complexities behind the low income lines. Hence they often do not always understand just what the incidence figures mean.

---

**The LICOs do not constitute a consistent measure of economic well-being.**

---

When a LICO is established, it corresponds on average, to some standard of living but that standard is not the same in all communities and it is not the same for all types of families. It is adjusted annually to account for changes in prices. This is referred to as a price-adjusted LICO which maintains a constant average standard of living as long as the tax position of families does not change. In Figure II:1, the line identified as 1969 base, for example, measures the incidence of low income for all persons using such a price adjusted measure. Thus if a family had an income above the LICO in 1971 and had an income below the LICO in 1975, it is fairly clear that the standard of living had deteriorated. The 50% decrease in the incidence of low income from 1971 to 1981 indicates that the proportion of the population with a low standard of living declined substantially. A similar improvement also occurred earlier in the 1960s.



---

**An absolute measure evolves into a relative measure.**

---

---

**The reduction in persons with inadequate standards of living has been hidden from view.**

---

The criticisms of Senator Croll and others that poverty lines should be linked to average standards of living led to additional adjustments to the LICOs. It was felt that the ability of low income families to engage in discretionary spending should be directly related to the ability of families to engage in such spending on average. Thus as the average real incomes of Canadians increase, so should the real incomes of those at the threshold of low income. Such adjustments can be seen in Figure II:1 as the parallel upward shifts in the base lines.

A Statistics Canada Research Paper identifies similar tendencies when including the 1959 base LICOs established by Jenny Podoluk.<sup>6</sup> From that report, it seems clear that there has been a sharp decline over time in the percentage of families characterized as having low standards of living. The proportion of unattached individuals with low incomes declined from just under 50% in 1961 to under 20% by 1980, when using the 1959 expenditure base for calculating the low income cut-off. But the measure had subsequently been revised several times, pushing it back up to more than 40%. Through the 1980s, the incidence of low income for unattached individuals continued to decline, although it rose again in 1991 as a result of the recession.

A similar trend occurred with respect to families. The 1959 base had the incidence of poverty declining from about 25% in 1961 to under 10% in 1980. The revisions, however, had pushed it up to about 13% in 1980. From 1980 to 1986, the incidence of low income appears to have been relatively stable. In the latter half of the 80s it declined only to move up again in 1990.

There are many interesting questions that emerge from Figure II:1 and from the data produced by Statistics Canada. Why, for instance, has the incidence of low income declined much more rapidly in the latter half of the 1970s for unattached individuals than it has for families? Why has the rate of decline in low income slowed so dramatically in the 1980s?

Instead, one is struck by the pattern in the chart, with the incidence of low income declining over time along a price-adjusted LICO while subsequent revisions offset much, if not all, of that achievement. In addition, the chart is unfortunately as much confusing as it is revealing. What, for example, was the rate of low income in 1986: was it high, at 16%? was it low, at 10.4%? Has the incidence of low income been diminishing rapidly over the last 20 years or has it been persistent?

More importantly though, what constitutes the appropriate way to look at the incidence of low income over time? Does movement along a line, e.g. the 1969 base, give an accurate portrayal of changes in the economic circumstances of low income households? Do the periodic adjustments, e.g. 1978 base and 1986 base represent necessary adjustments to a low income measure or do they represent changes of such a fundamental nature as to remove all possibility of measuring consistently trends over time?

---

<sup>6</sup>

M.C. Wolfson and J.M. Evans, *Statistics Canada's Low Income Cut-Offs — Methodological Concerns and Possibilities: A Discussion Paper*, Research Paper Series, Statistics Canada, p. 32-33.

---

**Statistics Canada produces the LIM, a purely relative measure. It is no improvement over the LICO.**

---

The periodic revisions make it difficult to judge trends over time when using the LICOs. Statistics Canada has recently started producing and publishing a new indicator, the Low Income Measure (LIM), which is set at one-half median family income. This measure is adjusted to take into account a wide variety of family sizes, but it is not adjusted to take into account place of residence. The LIM does not represent a constant standard of living across communities, across family types, or over time.

The LIMs were produced in response to Statistics Canada's internal evaluation of the LICOs and the public consultation process that followed. Figure II:2 portrays the changing incidence of low income for all persons when using the LIM as opposed to the two most recent LICO bases. The LICOs produce greater variation over the course of a business cycle in the incidence of low income than does the LIM.

The LICOs represent a constant average standard of living as long as a particular base is maintained. The relative shifts occur periodically whenever a new expenditure base is used. These periodic adjustments to the LICOs are in effect made annually with the LIM. It is adjusted every year to account not for changes in prices but to account for changes in median income. Thus over any period of time the LIM will never represent a constant standard of living.

The LIM appears to make it easier to judge trends over time because it hides the explicit adjustments of the LICOs. The LIM is a purely relative measure of low income, which tells us nothing about changing standards of living over time. It represents no improvement over the LICO.

## **B. POVERTY AND LOW INCOME: A QUESTION OF LIVING STANDARDS**

The above discussion of the Statistics Canada measures has introduced concerns about the very nature of poverty, whether it is relative or absolute. But there is more at stake to the establishment of a useful poverty measure. That relates to the level of income which is to be set as the threshold.

---

**LICOs were never intended to measure poverty.**

---

The Podoluk study, upon which the LICOs were first based, distinguished between low income and poverty, stating: "It should be stressed that the universe being considered probably includes the great majority of families who are in genuine need but it must not be assumed that all of these were living in poverty."<sup>7</sup> That is, poor families are necessarily low income families but the reverse is not always true. And it noted further that the study was examining the state of low-income, not poverty. That monograph also pointed out that, at the time of writing, the most popular approach to measuring poverty was to develop minimum budgetary requirements for families of certain sizes, and to estimate incidence on the basis of the number of households that could not afford such budgets.

The Statistics Canada measures which grew from this earlier study do not attempt to gauge or determine what is an inadequate standard of living. An income below the norm, however defined, is of course not as satisfactory as one at the norm but that does not mean it is insufficient to meet the requirements of a healthy and adequate life. Those requirements are met by the ability to have access to goods and services which provide essentials and comfort.

But it is necessary to establish the levels at which we think incomes are inadequate and constitute a state of poverty. This will be dealt with later in this report. Here it is sufficient to point out that various measures differ enormously in their assessments of the thresholds of inadequate incomes. For example, a two-parent two-child family in Toronto is considered poor if it has an income below \$17,900, according to Professor Sarlo. According to the Metropolitan Toronto Social Planning Council, the appropriate threshold is almost \$30,500. It is the Committee's understanding that such a family could receive as much as \$22,000 in provincial and federal cash assistance. Is that adequate or is it not?

In this regard it is useful to refer to some of the testimony of Professor Christopher Sarlo. He pointed out to the Committee that most commentators on poverty use the Statistics Canada LICOs to count the number of poor. But after having done so, they express their view of the poverty condition in terms not of some relative standing, but in an absolute sense. And they describe it in terms of a very low standard of living, a standard which would not apply to the majority of families whose incomes fall below the LICO threshold.(5:7-8)

The Committee has examined a variety of measures which are used to indicate poverty. As a general rule, measures which are constructed on the basis of basic needs budgets produce lower thresholds than do those which are based on more relative constructions. The guidelines published by the Metropolitan Toronto Social Planning Council are an exception to this rule. But that is due to the fact that its basket is adjusted to reflect changing standards of living — it does have a relative aspect to its measure. Those measures which are purely absolute — the measures of Professor Sarlo, the American poverty line, and the Montreal Diet Dispensary guidelines — produce threshold levels at the lower end of the spectrum, and are closer to the social assistance rates in most of the provinces. This should not be completely surprising as the social assistance rates are established using a methodology that has more in common with that used by Professor Sarlo.



---

**Today's LICOs are far different from the original LICOs. A family at the LICO today can buy far more goods and services than a family at the 1959 LICO.**

---

The Podoluk study established low income cutoffs for the year 1959. Low income lines for one and four person families were produced and set at \$6285 and \$14665 respectively, expressed in 1986 dollars. The most recent Statistics Canada LICOs, also expressed in 1986 dollars stand at \$10447 and \$20724 respectively.<sup>8</sup> These represent *real* rates which are 66% and 41% higher. Can the current LICOs be said to represent in any way a comparable measure of low income (poverty)? On the other hand, the Podoluk LICOs for 1959 correspond to a standard of living not much different from the poverty lines established by Christopher Sarlo for Ontario which, in 1986 dollars, were set at \$5,729 for one person and \$12,841 for a four person family.<sup>9</sup>

The very nature of the Statistics Canada measures suggests that their primary concern is with the relative standing of Canadian households. They indicate how such households fit in with respect to their ability to consume goods and services in a discretionary manner, or how do they fit in with respect to the gross income to which they have access? These are ultimately questions about the distribution of income; they are not questions about income adequacy.

---

**The LICOs add little to our understanding of poverty.**

---

What we now have are indicators designed for one purpose yet used for another. These are little more than measures of income inequality. But there exist better statistical measures of income and its dispersion amongst household types. Statistics Canada publishes a vast array of tables which detail how incomes differ among family types, by province, by the education of the head of the household. The distribution of income is described by income categories, by quintile, etc. If the LICOs are nothing more than variations on inequality measures, what added benefit do they produce, especially when there is such a high incidence of misuse? Why confuse the issue by trying to judge poverty with a yardstick that does not perform its task well and competes with measures better able to indicate the extent of income inequality?

## **C. THE ROLE OF ECONOMIC GROWTH**

Economic growth has increased the standard of living of Canadians over the past three decades. Average real income per capita is today three times what it was in 1951, while average real family income is two and one-half times as high.<sup>10</sup> Such a trend is generally viewed as desirable and its implications are recognized as being beneficial. This is true when judging the position of workers and their families, the elderly, etc. But it does not seem to be true when judging the position of the poor or those with low incomes. An increasing standard of living is not by itself judged to be sufficient. The measures commonly used today disparage and belittle such a similar achievement.

---

<sup>8</sup> M.C. Wolfson and J.M. Evans, p. 38.

<sup>9</sup> Christopher Sarlo, *Poverty in Canada*, The Fraser Institute, Vancouver, B.C. 1992, p. 115.

<sup>10</sup> Statistics Canada, *Income distributions by size in Canada, 1991*, Catalogue 13-207, Annual, Ottawa, 1992, p. 25.

---

**Economic growth causes an increase in the number of Canadians judged to be living in low income.**

---

The periodic adjustments of the LICOs reflect the changing consumption patterns of Canadian families. Some of this might be due purely to changes in tastes. Some of it is due to changing demographic trends, changes in labour force participation, etc. But a large part is due to improved standards of living resulting from economic growth which enables households to spend a greater portion of their incomes in a discretionary fashion. And what does that do? It causes the LICOs to be increased in real terms, resulting in a higher measured incidence of low income. Thus when examining Figures II:1 and II:2, the upward shifts in the incidence of low income are due in large part to the improved economic circumstances of Canadians. Economic growth causes an increase in the number of Canadians judged to be living in low income. Such shifts in the low income lines also lead to an increase in the income deficiency of households. Furthermore, since these measures are widely used as poverty measures, they lead us to conclude that economic growth is the enemy of the poor! Nothing could be further from the truth.

Canada does not have a widely-accepted measure of poverty. This is a problem. A bigger problem, however, results from the fact that we think such a measure exists.

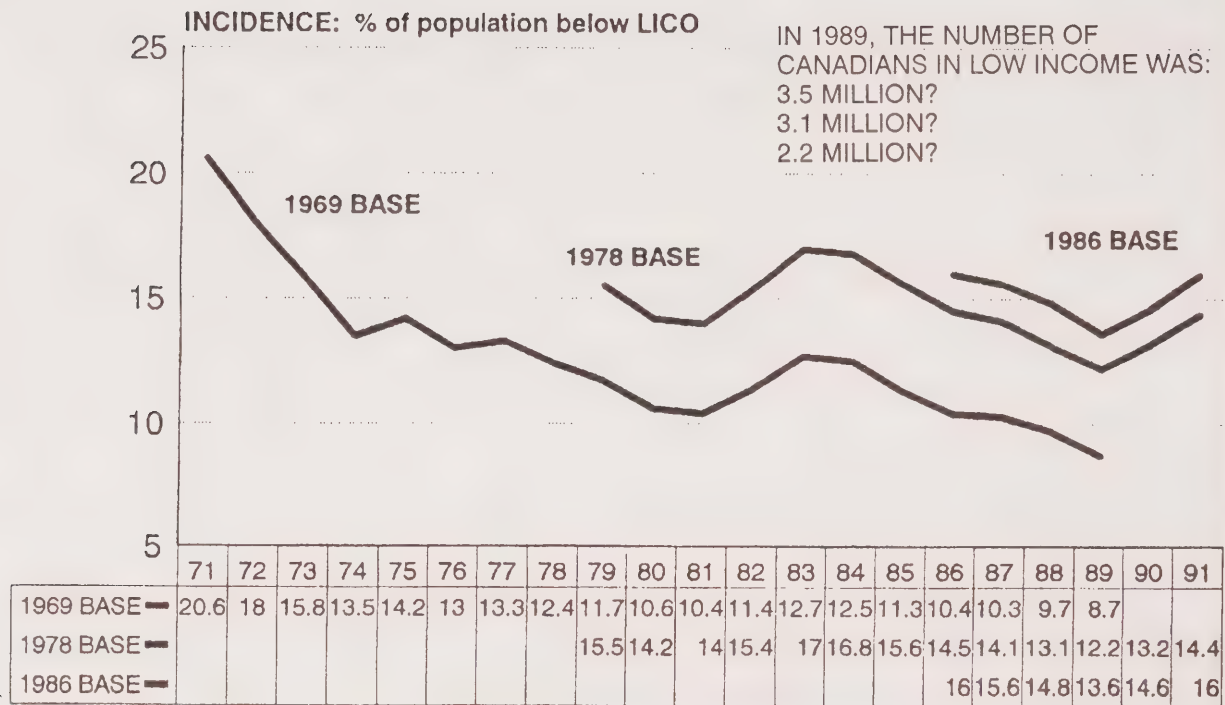
The Committee believes that current low income measures are misunderstood and therefore misused. Such measures do not indicate specifically the living standards of Canadian families and they do not provide a bench mark against which to judge the inadequacy of those standards. Thus we do not have the proper tools to assess accurately the extent of poverty today and its trends over time.

This deficiency is not the fault of Statistics Canada. That organization is charged with the task of collecting and interpreting statistical information — it is not charged with the task of defining poverty or income inadequacy. But again, many Canadians believe that the agency has done just that, the repeated statements of Statistics Canada notwithstanding.

The Committee believes the task of specifying a poverty, or income inadequacy, threshold belongs to the Parliament of Canada. This is no easy task although, as indicated below, many of the component parts are already available. Once the task is completed, it would be Statistics Canada's job to measure and analyze the economic status of families against this bench mark.

FIGURE II:1

THE CHANGING INCIDENCE OF LOW INCOME

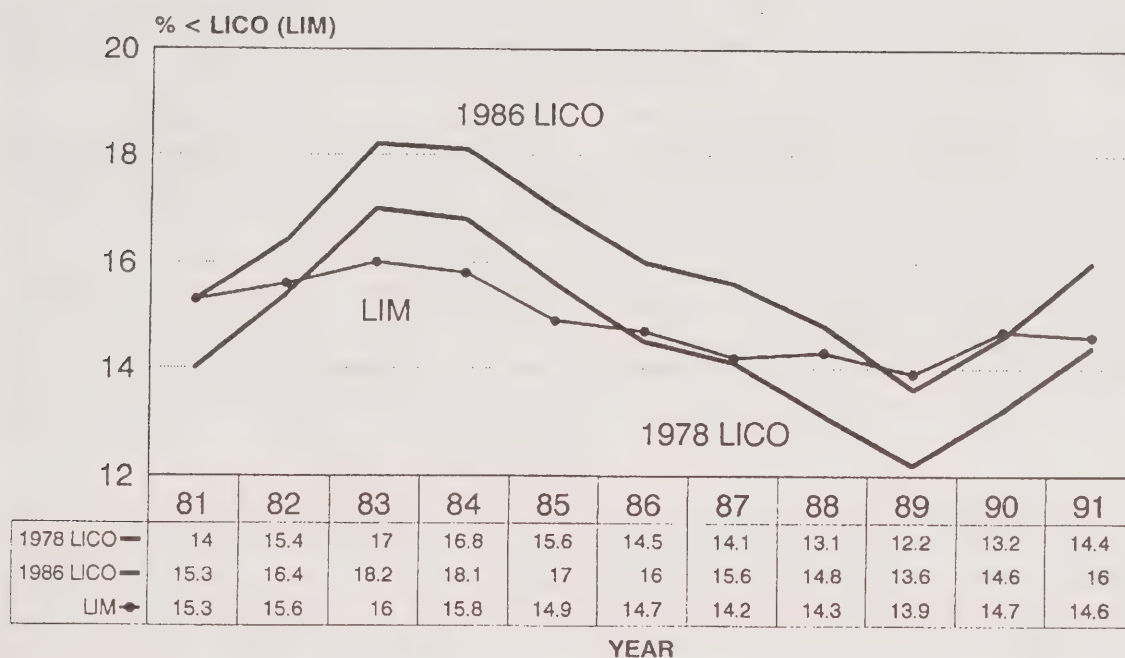


SOURCES: STATISTICS CANADA



FIGURE II:2

# INCIDENCE OF LOW INCOME: ALL PERSONS



Statistics Canada

Annual income is usually the variable used to judge the economic condition of families. On the surface this seems straightforward but several issues have been identified as the source of possible distortions in assessing the true state of well being.

## D. PRE-TAX INCOME VS. AFTER-TAX INCOME

To quote Dr. Daniel Weinberg of the United States Bureau of the Census, "When considering the adequacy of the official poverty thresholds, it is critical to realize that one cannot separate the issue of income measurement from poverty definition."<sup>11</sup> Dr. Weinberg noted that the American poverty measures use pre-tax income even though the poverty lines of Ms. Orshansky, upon which the official poverty measures are based, used after-tax income.

Statistics Canada has traditionally provided low income measures which make use of pre-tax income, but today the organization also produces measures which are based on post-tax concepts. These are, however, not widely used. Both the LICOs and the LIMs are now available on an after-tax basis. In the case of the latter, the low income measure is simply calculated as one-half of median after-tax income and it is expressed as an after-tax income. That is, there is no attempt to convert after-tax income into its pre-tax counterpart.

<sup>11</sup> Daniel H. Weinberg, *The History and the Current Issues in U.S. Poverty Measurement*, Paper prepared for the House of Commons Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women (Sub-Committee on Poverty), 17 March 1993, United States Bureau of the Census, Washington, D.C.

The after-tax Low Income Cut-Off is calculated as the after-tax level of income consistent with households spending an additional 20% of their after-tax income on food, shelter and clothing, when compared to families on average. Again, it is not expressed in terms of the pre-tax level of income associated with the post-tax amount.

What follows will indicate that the incidence of low income can change rather substantially when applied against an after-tax income measure rather than the more commonly used pre-tax income measure.

---

**Pre-tax income is a misleading and irrelevant concept when judging poverty and low-income. There is no reason why Statistics Canada should not be able to present these concepts in a manner which is more comprehensible to Canadians.**

---

If poverty is an absolute concept, as is argued in this report, it then measures the inability of families to achieve a certain standard of living. A standard of living is attained via the acquisition of goods and services, and households use disposable income, not total income, to make such purchases. Therefore if poverty is judged in light of the ability or inability to acquire a certain basket of goods and services, total reported income does not necessarily give a good indication as to the ability to acquire such a basket.

If poverty is viewed in a relative light, a similar argument can be made. Relative deprivation refers to notions of unfavourable distinctions from one's peers. Such distinctions are due to conspicuous activities, notably consumption. Thus children are in relative deprivation because they can't dress like the others, don't have access to the same toys as do the others, can't take part in similar activities, etc. All of this is in addition to any absolute deprivation they suffer due to insufficient consumption of necessities. This relative deprivation is also related to the ability to consume which is in turn linked to disposable income.

Consequently, if we view persons as poor or in low income, we relate that back to their consumption or ability to consume a certain level of goods and services. The personal income tax system has a differential impact on the ability of families to consume and, therefore, has a differential impact on the extent to which total income can be related to consumption. As a result, after-tax income represents a preferred income measure for judging poverty or low income.

It is also important to recall that the parameters used in many of these measures had their origins many years ago. The parameter 0.5 for the LIM might have been chosen because it, like its reciprocal, is a nice round number. Probably, though, it was chosen because at that point in time it was thought to provide a good point of reference. The same is true of the parameters used in calculating the LICOs. But the changes in the tax system that have taken place over time have altered that point of reference and have not necessarily done so in a manner advantageous to the poor. Tax changes affect standards of living and they affect relative positions in society. The consistent use of after-tax income helps to account for such changes.

---

**The use of after-tax, rather than pre-tax, income can reduce the overall measured incidence of low income by 20% to 25%.**

---

The use of after-tax income concepts can have a significant impact on the measured incidence of low income and it can change dramatically the perception of the economic state of various groups. Table II:1 below and Figures II:3 to II:5 demonstrate the impact of using after-tax income concepts. The use of after-tax, rather than pre-tax, income can reduce the overall measured incidence of low income by 20% to 25%. The impact of this change is somewhat greater for the LIM than it is for the LICO.

The more interesting observations are found in Figures II:4 and II:5. These charts examine the impact of changed income concepts on the incidence of low income for children and for the elderly. The move to after-tax income reduces the incidence of low income among children by just under 15%, which is less than the overall reduction for the entire population.

---

**The number of low income children falls by 17%, to 1 million when using after-tax LICO.**

---

The data presented here run from 1981 to 1991. For children, there is a clear cyclical pattern to the incidence of low income, with a peak in 1984 and a trough in 1989. This peak in low-income incidence lagged the height of the 1981-82 recession by about 2 years. From the height in 1984 to the trough in 1989, the incidence of low income declined by just over 26% when using the pre-tax LICO. When using the after-tax LICO the incidence of low income among children declined by about 25%.

Figure II:5 looks at the pattern of low-income incidence for the elderly. In this instance there is a far greater distortion, at least nine percentage points. It is evident that the incidence of low income for the elderly does not possess the obvious cyclical pattern that is observed for the pattern of incidence for children; rather there appears to be a distinct long-term temporal decline.

---

**Pre-tax LICOs dramatically overstate "poverty" among elderly.**

---

The data also indicate that while the distortion is large in terms of calculated percentage points, it is even higher in relative terms, and still growing. In 1981, for example, the use of a pre-tax LICO in calculating the incidence of low income among the elderly resulted in a 64% higher count than would have occurred had a post-tax measure been used. By 1991, the corresponding number was 117%. That is, for every elderly person considered to be in low income in 1990 according to the after-tax LICO, two elderly persons were considered to be in low income according to the pre-tax LICO. If the use of post-tax income is appropriate in the measurement of low income (poverty), current measures seriously distort the extent of low income (poverty) among the elderly.

This result is due to the relatively more generous treatment that the personal income tax system accords the elderly. They enjoy an age-related credit and can receive up to \$1000 of pension income free of tax. Consequently they pay a lower average rate of tax than the population as a whole. As a result, the after-tax income of the elderly is higher in relation to average after-tax income than is pre-tax income of the elderly in relation to average pre-tax income.

The use of pre-tax income in judging the incidence of poverty and low income makes for some perverse conclusions as to who is poor and who is not. As Christopher Sarlo pointed out to the Committee, a single parent living on welfare in Ontario is judged by most measures to be in low income. But this income is all tax free and represents real purchasing power. That same family with a working parent would have to earn a level of income well above the Statistics Canada LICO to enjoy the same standard of living.(5:10) This discrepancy is due to the fact that the working parent is subject to income taxation and might not have access to the free, or heavily subsidized in-kind benefits that are available to the family receiving social assistance.

Thus the use of pre-tax income not only distorts the aggregate results that are obtained from low income or poverty measures, it incorrectly identifies who is poor and who is not.



## E. THE TREATMENT OF IN-KIND BENEFITS

When Statistics Canada conducts its surveys of family income, it applies very specific rules as to what is to be counted as income. As a general rule, most forms of cash income are included. The exceptions are capital gains and losses, gambling gains and losses and lump-sum inheritances. But all non-cash sources of income are excluded from the determination of income. For most families this exclusion is of little importance, but for families at the lower income levels, in-kind benefits can prove to be substantial.

Many provinces provide free services to recipients of social assistance that are not available to others. In Ontario, for example, welfare recipients receive free dental care, free prescription eyeglasses and free prescription drugs. The latter are also available to seniors. The cost of these services amounts to 5% of the social assistance budget for the province and can be worth \$700 to \$1000 annually to recipient families. Such benefits are not included in income. Moreover, subsidized daycare is available to some families at a cost to the government of several thousand dollars per year. This is also not included.

Table II:2 below was provided to the Committee by officials of the Government of Ontario. It includes an assessment of all government assistance available to the needy, including in-kind benefits. When the work/training exemptions of the Ontario STEP program are included, government assistance is at or above the LICO levels.

Governments in Canada also provide subsidized housing to families. Not all poor families enjoy such subsidies and not all families receiving subsidies are poor. CMHC's average subsidy for the 206,000 public housing units in its portfolio in 1992 was \$2400. Another 200,000 units in non-profit and cooperative housing cost CMHC an average amount of \$3500 annually. These benefits are also not counted as income.

While the average housing subsidy cost to CMHC, or the average cost of providing dental care, etc., is not the same thing as the subsidy value to the recipient, it is quite clear that money income can represent a very misleading indicator of the economic plight of the poor.

Table II:1

**NUMBER OF PERSONS LIVING IN LOW INCOME:  
PRE-TAX AND AFTER-TAX INCOME MEASURES  
(in thousands)**

YEAR	LICO 1986	LICO (AT)	LICO child	LICO (AT) child	LICO elderly	LICO (AT) elderly
1981	3,643	2,789	998	808	733	447
1982	3,951	3,100	1,155	947	648	403
1983	4,406	3,529	1,221	1,048	719	439
1984	4,397	3,456	1,253	1,035	669	376
1985	4,170	3,270	1,165	1,003	669	346
1986	3,976	3,063	1,086	895	637	326
1987	3,912	3,096	1,057	914	627	310
1988	3,744	2,871	987	814	634	321
1989	3,487	2,681	934	780	599	300
1990	3,821	3,010	1,105	913	554	289
1991	4,227	3,338	1,210	1,009	590	272

SOURCE: Statistics Canada, *Income after tax, distributions by size in Canada, 1991*, Cat. No. 13-210 Annual, Ottawa; and Statistics Canada, *Income distributions by size in Canada, 1991*, Cat. No. 13-207 Annual, Ottawa.

## F. OTHER INCOME ISSUES

Total assessed income of families includes self employment net income, which can be negative. In the 1990 taxation year, almost 400,000 taxfilers with total assessed income less than \$20,000 reported negative amounts of self employment or business income, averaging about \$2000 per taxfiler. Almost 63,000 taxfilers reported negative amounts averaging \$16,500 which resulted in their having a total assessed income of negative \$12,500.

These losses are real, but they do not necessarily indicate that these tax payers were indigent in that year. In many cases they represent temporary financial setbacks for families who have the resources to ride out these difficulties. Furthermore, the fact that a tax payer has a loss in total or in part does not mean that she or he is a member of a low income family. Taxfiler statistics do not tell us everything we need to know about family income.

Nevertheless, when financial surveys are undertaken, these losses do deflate the family income of survey respondents and might push some families below the levels of the Low Income Cut-Offs or the Low Income Measures. This distorts our view of poverty as it affects the overall extent of income inadequacy.

The calculation of income also excludes gifts and loans. Loans are properly excluded from lifetime income. But they can have the effect of smoothing annual consumption over a lifetime. For post-secondary students, these two sources often represent a considerable source of purchasing power. To the extent that income surveys capture full-time students in their base, the exclusion of these items could understate the extent of their well being.

By judging low income or poverty thresholds against pre-tax cash income can leave us with a misleading impression as to the economic state of families at the lower end of the economic spectrum. It may lead us to overcount the number of poor and it might lead us to misjudge who is poor and who is not.

The importance of taxation and in-kind benefits has changed significantly over time. All Canadians pay substantially more taxes today than comparable families would have paid three decades ago. In-kind benefits are provided today which did not exist before. When low income measures were first designed, the potential distortions associated with taxes and in-kind benefits were of little import and hence could be safely ignored. This is no longer the case.

Resolving this distortion is difficult. It is well known at Statistics Canada that certain forms of income tend to be under-reported when income surveys are undertaken. Unemployment insurance income tends to be understated by about 20% while social assistance income tends to be under-reported by about 40%.<sup>12</sup> It is likely that households' self assessment of in-kind benefits would be similarly incomplete and incorrect. It is a far harder task for households to place a value on such benefits and their true valuation of the benefits might differ substantially from the costs of providing these benefits.

The discussion above has indicated that these omissions tend to overstate the extent of low income or poverty. This is not always the case. The overstatement arises largely because of the relative nature of the measures under consideration. The tax system does much to equalize the distribution of income. With an absolute measure of poverty, the opposite result will arise. If it is determined that a particular family configuration requires \$15,000 to escape poverty, a pre-tax income of this amount might not be sufficient if it is subject to positive amounts of income tax. In such a case, the use of an improperly designed poverty measure using pre-tax income will understate the poverty threshold and therefore undercount the poor.

---

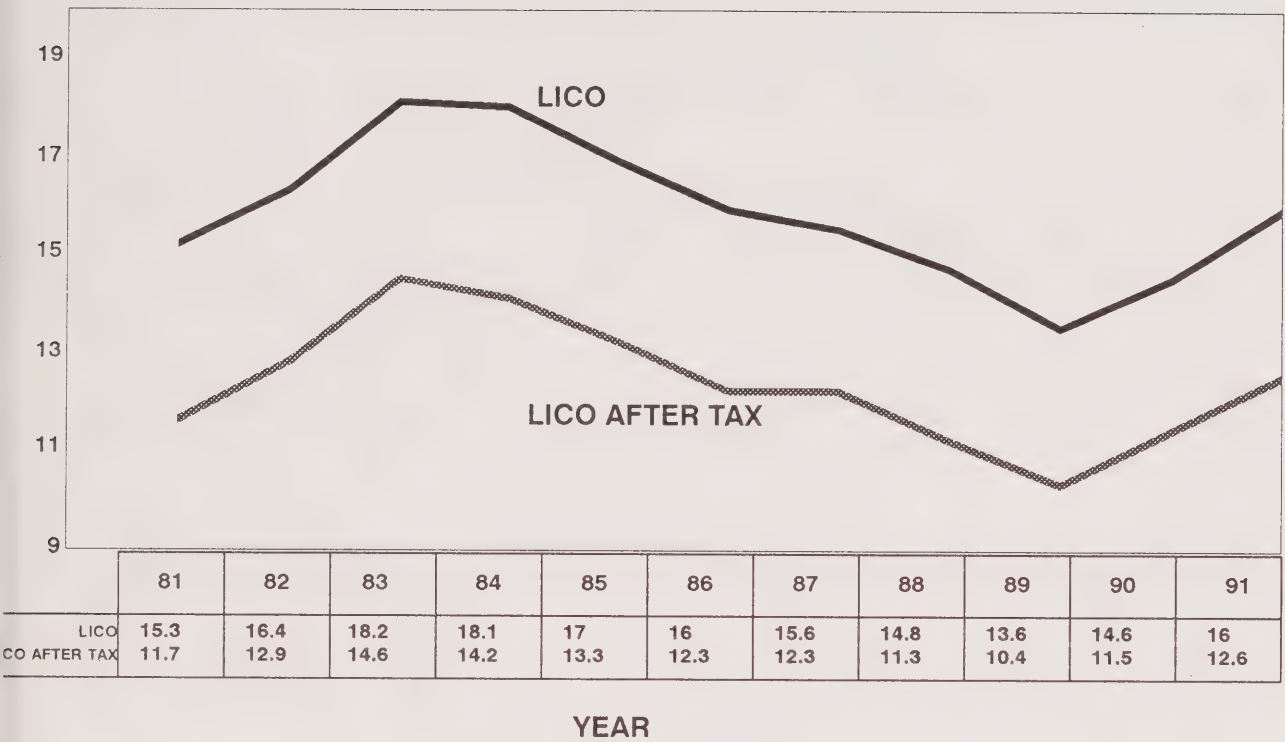
<sup>12</sup> M.C. Wolfson and J.M. Evans, *Statistics Canada's Low Income Cut-Offs — Methodological Concerns and Possibilities: A Discussion Paper*, Research Paper Series, Statistics Canada, Ottawa, p. 26.



FIGURE II:3

INCIDENCE OF LOW INCOME: PERSONS

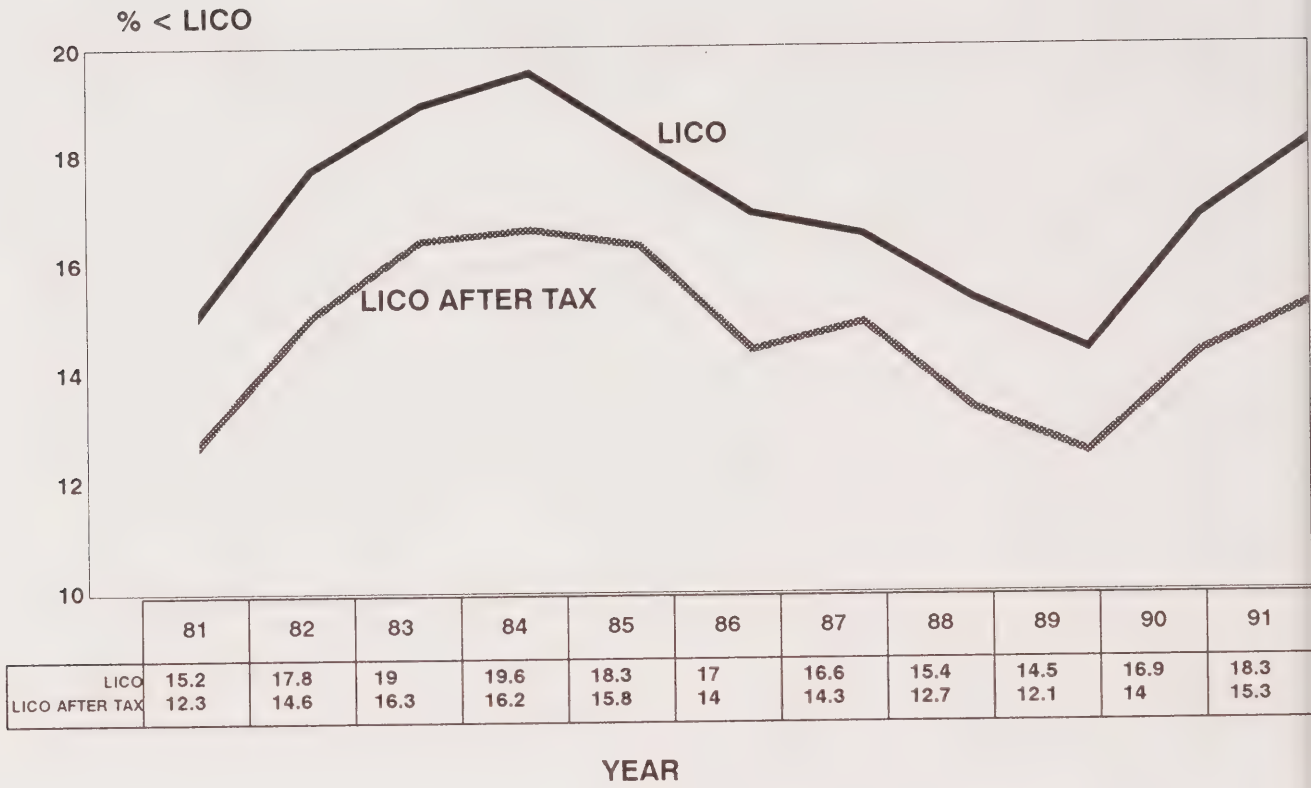
% < LICO



SOURCES: STATISTICS CANADA

FIGURE II:4

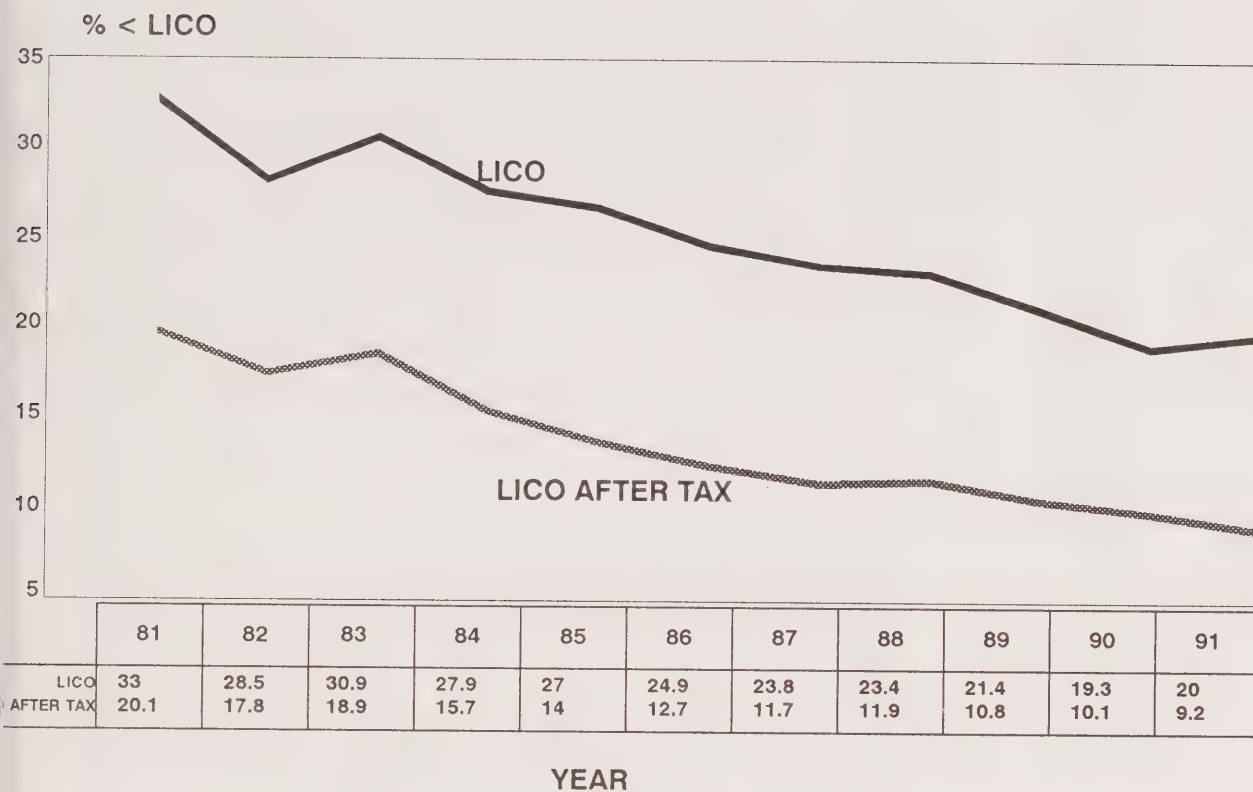
INCIDENCE OF LOW INCOME: CHILDREN



SOURCES: STATISTICS CANADA

FIGURE II:5

INCIDENCE OF LOW INCOME: THE ELDERLY



SOURCES: STATISTICS CANADA



Table II:2

**Comparison of social assistance rates with estimated Statistics Canada low-income cutoffs (LICOs)  
LICOs figures for urban centre ( $\geq 500,000$ ) and selected case type on assistance, April 1993**

Case type	Social assistance*			Gross LICO, 1993† (yearly)	Net LICO, 1993‡	Annual social assistance and other transfers as a percentage of net LICOs	Difference between annual social assistance and net LICOs
	Monthly	Yearly					
Single employable	Social assistance	\$663	Social assistance Drugs/dental/eyeglasses Refundable tax credits <i>Subtotal</i>	\$7,956 265 675 8,896			
	Maximum STEP exemption¹ <b>Total</b>	296 <b>959</b>	Maximum STEP exemption¹ <b>Total</b>	3,552 <b>12,448</b>	\$12,689	70.1% Plus maximum STEP exemption: 98.1%	(\$3,793) Plus maximum STEP exemption: (241)
	Social assistance	930	Social assistance Drugs/dental/eyeglasses Refundable tax credits <i>Subtotal</i>	11,160 731 611 12,502			
Single disabled	Maximum STEP exemption¹ <b>Total</b>	470 <b>1,400</b>	Maximum STEP exemption¹ <b>Total</b>	5,640 <b>18,142</b>	13,752	90.9% Plus maximum STEP exemption: 131.9%	(1,250) Plus maximum STEP exemption: 4,390
	Social assistance	1,386	Social assistance Drugs/dental/eyeglasses Back-to-School Allowance Winter Clothing Allowance Child Tax Benefit Refundable tax credits <i>Subtotal</i>	16,632 743 138 210 2,040 771 20,534			
Sole-support parent (two children under 12)	Maximum STEP exemption¹ <b>Total</b>	637 <b>2,023</b>	Maximum STEP exemption¹ <b>Total</b>	7,644 <b>28,178</b>	20,996	97.8% Plus maximum STEP exemption: 124.5%	(462) Plus maximum STEP exemption: 5,142

1 Maximum STEP exemption excludes deduction for value of child care and disability-related work expenses

Social assistance \*

Case type	Social assistance *		Gross LICO, 1993† (yearly)	Net LICO, 1993‡	Annual social assistance and other transfers as a percentage of net LICOs	Difference between annual social assistance and net LICOs
	Monthly	Yearly				
Employable couple (two children under 12)	Social assistance	Social assistance	18,360			
		Drugs/dental/eyeglasses	1,071			
		Back-to-School Allowance	138			
		Winter Clothing Allowance	210			
		Child Tax Benefit	2,040			
		Refundable tax credits	1,051			
		<i>Subtotal</i>	<i>22,870</i>			
	Maximum STEP exemption <sup>1</sup>	Maximum STEP exemption <sup>1</sup>	7,920			
	<b>Total</b>	<b>Total</b>	<b>30,790</b>	23,752	96.3% Plus maximum STEP exemption: 121.0%	(883) Plus maximum STEP exemption: 4,997

\* Social assistance rates are for renters and owners and are the maximum paid effective April 1, 1993

† Gross LICO figures include earnings as well as federal transfers, such as the Child Tax Benefit, GST refundable credit, and provincial property and sales tax credits for 1993, based on taxable income for 1992. Estimates of Gross LICOs (1986 base for cities 500,000+) provided by the National Council on Welfare, based on the 2.2 percent inflation rate forecast in the 1992 Federal Budget speech

‡ LICO figures are netted by estimating the amount of deductions — *i.e.*, CPP, UIC and income tax (1993 rates and structure) — that a person with an equivalent gross earnings would pay, and by adding on the value of Child Tax Benefit and refundable tax credits





## CHAPTER III

# OTHER MEASURES OF POVERTY

---

### A. THE AMERICAN POVERTY MEASURE

The United States, unlike Canada, has an official measure of poverty. While first developed about the same time as the measure that became eventually the Canadian Low Income Cut-Offs, the American measure was formulated along different lines and has changed over time in a manner different to the Canadian LICOs.

According to Dr. Daniel Weinberg of the U.S. Bureau of the Census, the American poverty line has its origins in work undertaken by Mollie Orshansky in the 1960s at the Social Security Administration. The calculation of the line was fairly simple. Typical three-person American families were, in the middle 1950s, spending about one-third of their income on food. Using the Department of Agriculture's economy food budget as a lower limit, she concluded that if families could reduce their spending on food to that level, they could similarly reduce spending on other necessities by a proportionate amount. Hence the poverty lines for 1967 were set at three times the cost of the minimally-adequate food budget. Since its beginning, the official American poverty line has been adjusted annually in accordance with changes to the Consumer Price Index for urban consumers (CPI-U). Prior to its adoption as an official measure, calculated poverty lines were adjusted for changes to the cost of food only. This poverty measure is intended to represent a constant standard of living over time.

According to the official American poverty measure, over 35.7 million Americans (14.2% of the population) were poor in 1991. This is a higher proportion than in the latter part of the 1980s, but it is slightly below the rates during the 1981-82 recession. In 1959, 22% of Americans were judged to be poor according to this measure.<sup>13</sup>

The poverty line in the United States has been subject to a considerable amount of study and debate. Some think the line is too low and understates the number of poor. Others think the contrary. Some of the criticisms are purely technical in nature, others are driven more by disputes about the very nature of poverty.

The American line represents a budgetary measure in a very simplified sense. Rather than attempting to specify in a detailed manner, the cost of a particular basket of goods and services, it uses a multiplier, based upon consumption patterns at the time of its original construction, to account implicitly for the goods and services that have been excluded. This use of a multiplier has been the source of some criticism as well as confusion about the exact meaning of the American poverty line.

The American poverty line, as it stands today, is an inherently absolute measure of poverty. It reflects the ability of persons to achieve some defined and constant standard of living. And it is criticized on those precise grounds. American incomes have risen faster than prices, meaning that

---

<sup>13</sup> U.S. Department of Commerce, Bureau of the Census, *Poverty in the United States: 1991*, Series P-60, No. 181, Washington, D.C. August 1992.

the real standards of living of American families have also increased on average. The real incomes of those at the threshold have remained constant over time. That is why the level is today lower in relation to median family income than it was in 1960 and why it is so much lower than the Canadian measures, which do move upward as family incomes increase in general.

A recent study<sup>14</sup> by the staff of the U.S. Congress Joint Economic Committee (JEC) criticized the official line and advocated a more relative approach to a poverty measure. That report discussed a purely relative measure, i.e. one-half of median family income, noting that it would better reflect the changes that have been occurring in the United States economy. Such a measure would be equal to the Statistics Canada LIMs. On the basis of such a relative measure, the poverty line in 1987 would have been 14% higher than the official line and 25% higher than the experimental line published by the United States Bureau of the Census in an attempt to account for certain biases inherent in the American CPI. Consequently for that same year, the incidence of poverty would have been 19% higher than under the official line and 34% higher than under the experimental line.

The other alternative considered by the JEC study, and its preferred option, was an updated multiplier, based on the argument that the typical American family no longer spends one-third of its income on food. Instead it spends only about one-fifth to one-sixth of income on food. Consequently, the report argues, it would better reflect the true consumption patterns of the poor if the poverty line were to be set at six times the cost of the Thrifty Food Plan, which is the updated Department of Agriculture version of the minimally adequate diet. This updated multiplier would have increased the 1987 poverty threshold by 58% in relation to the official level and 74% in relation to the experimental threshold.

The JEC study argued that changes in food consumption due to changes in incomes or preferences should be fully accounted for in the poverty measure. In such a case, the American poverty measure would take on many of the features of the Canadian LICO. Poverty thresholds would have to be adjusted when consumption patterns are evaluated every decade or so, in addition to the annual adjustments made for price changes. Thus over time, one would observe periodic upward shifts in the threshold line, just the way one observes such shifts in the Canadian LICOs.

An obvious flaw in the official poverty measure is the fact that it does not take into account taxes paid on income. This is a complaint similar to the ones levelled at the Canadian measures. When Ms. Orshansky first determined her measure of poverty, taxes on the incomes of poor families were virtually non-existent. This is not true today and most analysts believe the poverty thresholds were meant to apply to disposable, not gross income. In this sense, the poverty measures likely under count the poor. As Patricia Ruggles points out, this issue is completely uncontroversial. So is the fact that poor households were paying substantially more tax on income in the mid 1980s than was the case in the mid 1960s. If in 1986 the poverty lines had been applied against after-tax income, the incidence of poverty would have increased by 7.4% for all persons.<sup>15</sup>

This increase in poverty incidence cited by Ms. Ruggles is in fact quite small. It is smaller than the offsetting declines discussed below when using the experimental CPI measure to adjust the line and it is small by comparison to the estimated benefits of in-kind benefits. The 7.4% increase in poverty incidence is from a study prepared by the Congressional Budget Office which, according

---

<sup>14</sup> U.S. Congress, Joint Economic Committee, *Alternative Measures of Poverty*, A Staff Study, Washington, D.C. October 18, 1989.

<sup>15</sup> Patricia Ruggles, *Drawing the Line -- Alternative Poverty Measures and their Implications for Public Policy*, the Urban Institute Press, Washington, D.C. 1992, p. 137.



to Ms. Ruggles, did not take into account tax changes which lowered income taxes for low income families and which ignored the fact that the Earned Income Tax Credit offsets most of any remaining taxes for families with children.<sup>16</sup> It, therefore, overstates the degree of under counting in the numbers of poor. Consequently, while pre-tax income is clearly inappropriate for poverty calculations, and while the issue may have been important six or ten years ago, it is not very relevant today as it does not seem to have much of a distorting impact on the calculation of poverty rates in the United States.

Mr. John C. Weicher, in testimony before the United States Congress Joint Economic Committee, argued that the official United States poverty line was as much as 58% too high and therefore significantly overstated the numbers of poor. This overstatement in the numbers of poor persons in 1987 was as much as 58% as well. A less extreme view sees the poverty measure as being 22% too high with the incidence of poverty overstated by 21%.<sup>17</sup>

This overstatement is due, in his view, to technical features of the Consumer Price Index (CPI) used to adjust the poverty line as well as to the failure to properly account for in-kind benefits available to the poor. The American CPI, like its Canadian counterpart, attempts to measure changes in the cost of purchasing consumer goods, one of which is housing. In 1983, the American Bureau of Labour Statistics changed the way in which this housing component was calculated, creating a series which is not consistent with earlier years. The change occurred because of criticism in the 1970s that the measurement was overstating the cost of housing with the CPI exaggerating, prior to 1983, the rate of inflation. Thus the CPI series as it now exists contains the exaggerated inflation rates built into the old series in the 1970s. The official poverty measure showed an increase in the poverty rate through the 1970s when it should have been registering a decline according to Mr. Weicher and the use of the official measure inflates the American incidence of poverty by about 1.5 percentage points, or 2.5 million persons, in 1987.<sup>18</sup>

The other important potential overstatement of poverty incidence is due to the fact that in-kind benefits are not taken into account when judging household income against the poverty threshold. At the time when the American poverty measure was first being produced and estimated, in-kind income was rare. With the exception of home grown food for rural residents and some subsidized housing, such in-kind income was not prevalent. This is no longer the case. To put this in perspective, in 1960 the ratio of government-supplied cash benefits to non-cash benefits was 4.33:1. By 1984, the relative roles had been completely reversed with the ratio at 0.43:1.<sup>19</sup>

Today, many Americans receive in-kind benefits such as food stamps, subsidized housing and free medical care. The estimation of the value to families of food stamps is quite straightforward; it is treated as the value of the food provided. Other benefits are not so straightforward. This is true of medical care, but it is also true of housing because of the way in which subsidized housing is provided. Where such housing is subsidized via a voucher, the value of the subsidy equals the value of the voucher, much as a food stamp. Where the assistance consists of a take it or leave it offer of public accommodation, valuation is more difficult.

<sup>16</sup> Ruggles (1992), p. 138.

<sup>17</sup> Statement of John C. Weicher, *Measuring Poverty*, Hearing Before the Joint Economic Committee, Congress of the United States, 101st Congress, 2nd Session, June 14, 1990.

<sup>18</sup> The original series measured housing costs as maintenance, property taxes, insurance etc. as well as the full cost of home purchases, i.e. purchase price plus total mortgage payments for 15 years. Thus when mortgage rates were high and house prices rising, this series increased dramatically. The CPI now treats housing prices by computing a rental equivalent.

<sup>19</sup> I.V. Sawhill, "Poverty in the U.S.: Why Is It So Persistent?", *Journal of Economic Literature*, Vol. XXVI, Sept. 1988, p. 1098.



The importance of these benefits can be seen in the recent report from the U.S Bureau of the Census. Of all persons below the poverty level, 43.6% lived in a household receiving means tested cash assistance while 73% lived in a household receiving any kind of means tested assistance. Fifty-six per cent lived in households receiving medicaid, 50% lived in households receiving foodstamps and 20% lived in households receiving subsidized housing,<sup>20</sup> which has an estimated cost of \$4,000 to \$4,500 per family.<sup>21</sup> For many families, it is these non-cash benefits which constitute the most important form of social assistance provided to them. Ignoring these benefits understates the standard of living of the poor.

There are many other aspects of the American poverty measure which have been the subject of debate. In the United States, as in Canada, poverty/low-income measures do not consider the assets available to the population considered to be poor. These measures are judged against survey results on income, which contains certain amounts of under-reporting and missed households. There are questions about choosing more appropriate equivalence scales, etc. The most important and contentious issues are the ones discussed above.

The American poverty measure is currently the subject of intense scrutiny and debate. That debate is important in that the American measure is unique in its official status and rare in its absolute view of poverty. It is therefore important for Canadians who want a poverty measure based on living standards. There are those who think the measure as used is flawed, with some seeing these flaws as overstating the degree of poverty and some seeing the result as an understatement of poverty.

## **B. THE SARLO POVERTY LINES**

In 1992, Professor Christopher Sarlo published a book<sup>22</sup> on poverty which challenged the conventional wisdom on poverty lines and the incidence of poverty. That book presented poverty in an absolute light — viewing it as the inability to acquire those goods and services necessary for “long term physical well-being”. The book provided a basket of broadly-defined goods and services needed to meet this operating definition of poverty, identified specific elements for each broad category and established the cost of acquiring these goods and services. The total calculated cost for a variety of family configurations and a number of cities became the relevant poverty lines. These lines constituted the minimum standard of living consistent with long-term physical well-being. And, as was mentioned in Chapter II, these living standards are between 10% and 15% lower than the living standards associated with the Podoluk LICOs, which were considered at the time to represent low income, not poverty.

The broadly-defined items contained in this basket include obviously food, shelter and clothing. In addition, there are items pertaining to personal hygiene, health care, transportation and a telephone. He does not provide for entertainment expenditures. Nevertheless it, unlike the American measure, is very inclusive and therefore does not make use of a multiplier to construct the poverty line.

Within each category, certain criteria are established for minimum consumption requirements. Expenditures on food are based on the nutritional requirements of the Canada Food Guide, and certain palatability constraints, which Professor Sarlo believes are satisfied by drawing upon a list of popular and widely available foods.

---

<sup>20</sup> U.S. Bureau of the Census (1992), p. xvii.

<sup>21</sup> J.C. Weicher, in *Measuring Poverty*, (1990) p. 85.

<sup>22</sup> Christopher Sarlo, *Poverty in Canada*, The Fraser Institute, Vancouver, 1992.

He uses an optimization technique called linear programming to establish the minimum cost of acquiring this basket of food, subject to the constraints noted above. His results for a family of four differ substantially from those of other agencies. At \$4,052 for 1988, it compares to estimates of \$6,075 for Agriculture Canada's Nutritious Food Basket and \$5,360 for the budget of the Montreal Diet Dispensary, and \$7,000 for the budget of the Social Planning Council of Metropolitan Toronto. In 1989, Agriculture Canada started compiling prices for a Thrifty Nutritious Food Basket. Today, the cost of that basket is estimated to be about 13% less than the Nutritious Food Basket. At that rate, the Thrifty Basket is priced at about the same level as the basket of the Montreal Diet Dispensary.

A unique feature of the Sarlo estimates is the fact that they are based on explicit economizing strategies. This is not true of the others, especially Agriculture Canada's Food Baskets. In establishing the cost of the Agriculture Canada baskets, store coupons are not used, no-name products are not purchased and the pricing surveys are based on package sizes which are not necessarily the least expensive.

The other major expenditure category he tackled were shelter costs. Shelter costs for the poor are based on the assumption that they would be tenants rather than home owners and that they would rent from the bottom 50% of the market which, according to CMHC surveys, is typically a rent of 10% below average. Rental accommodation standards are variants of those used by the Montreal Diet Dispensary. Prof. Sarlo's standards are less ample than those of the MDD and are significantly less so than those of CMHC. The Sarlo calculations do not, for example, allow for more than a three bedroom apartment.

There are significant economies of scale to be had in per person shelter costs. Consequently this expenditure features prominently in Sarlo's poverty line for a single person, amounting to 61% of the line in Victoria for example and 66% in Toronto. This ratio falls to 46% for a family of four in Victoria and 53% in Toronto. In smaller communities such as Chicoutimi, for example, shelter costs represent 55% of the poverty line for a single individual and 37% for a family of four.

Clothing standards are taken from the Montreal Diet Dispensary and priced according to a national catalogue. Transportation costs are based on public transit usage and are calculated as the mid point between a variety of scenarios, one of which assumes transportation costs to work. The poverty lines include costs for a telephone, personal hygiene, etc. Furniture costs are also calculated with the assumption of a household which has already been established and staggered furniture expenditures.

These poverty lines, updated on the basis of 1992 prices, are presented in Table III:1.

**C. THE MONTREAL DIET DISPENSARY GUIDELINES**

The Montreal Diet Dispensary has been issuing minimum budgetary guidelines since 1959. It has published since 1961 the *Budgeting for Basic Needs and Budgeting for Minimum Adequate Standard of Living*. The most recent version of this document has been updated as of June 1992.



These guidelines have been produced to serve "...not only as a guide in giving competent help to families on the subject of money management, but as a basis for planning essential assistance for those in needy circumstances."<sup>23</sup> These guidelines are developed to be relevant specifically to Montreal, although most elements of the guidelines would be as appropriate elsewhere.

The guidelines are separated into two components: a basic needs component and a standard for minimum adequate standard of living. The eight items in the basic needs basket are designed to maintain the family as a unit and preserve the health and self-respect of the individuals therein. The ten items in the minimum adequate standard of living basket are designed for minimal integration into society and to ensure good physical maintenance of the family.

Accommodation standards were taken from the guidelines of CMHC, although they have not been subsequently revised in line with CMHC's revised guidelines. The standards allow, for example, a small child to share a bedroom with parents and two older children, more than 16 years of age, to share a bedroom, if they are of the same sex. In both cases, current CMHC guidelines do not view such arrangements as adequate.

Food requirements are taken from the 1975 Dietary Standard for Canada. In choosing the particular food items to comprise this basket, the MDD looked at actual spending patterns of families in the lower three deciles and chose nutritious and low-cost foods from those spending patterns. Clothing standards are based on the 1959 standards established by the MDD.

Other spending components of the basic needs budget include personal care items, household supplies, utilities and heating. The allowance for a minimum adequate standard of living includes additional items such as personal allowances, reading materials, telephone services, furniture and repairs, entertainment and recreation, etc. The basic needs budget is designed to maintain a family suffering from a short spell of poverty whereas the minimum adequate standard of living is thought of as a longer-term minimum. Table III:2 compares the two guidelines for a family of four.

The basic budget is about 6% lower than the Sarlo poverty measure for the province of Quebec, as seen in Table III:1. The lines produced by Professor Sarlo are more inclusive than the basic budget lines of the MDD, but they contain fewer elements than the MDD's minimum adequacy line, and thus fall about 15% below the latter.

The Sarlo lines do not contain provisions for recreation and entertainment, school supplies or religious matters. On the other hand, his poverty measures, for the city of Montreal appear to allow for higher shelter costs than do the MDD guidelines based on their average rental rates.

---

<sup>23</sup> Montreal Diet Dispensary, *Budgeting for Basic Needs and Budgeting for Minimum Adequate Standard of Living*, Montreal Quebec, June 1992, p.1.



## D. INTERNATIONAL APPROACHES TO POVERTY MEASUREMENT

It is common practice in academic circles to analyze poverty in purely relative terms. The most common relative measure today is one which is equivalent to the Statistics Canada Low Income Measure (LIM). This is the approach used in the recent Luxembourg Income Study<sup>24</sup> and it is the approach used by the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) in calculating its material deprivation index.

These measures indicate higher degrees of poverty in larger and more diverse economies than they do in small homogeneous ones which constitute a single and compact labour market. Comparisons which aggregate Portugal and Germany, for example, will indicate larger amounts of poverty in Portugal than would be the case if that country was examined alone. An analogy can be drawn between Canada and a united Europe. The LIM indicates that the rate of poverty in Newfoundland and Prince Edward Island is over 18%. If the LIM is calculated within each province, the respective poverty rates drop to about 10% and 6%. These provinces are internally more homogeneous than the total Canadian economy. On the other hand, a LIM for Ontario increases that province's poverty rate. It has a high median income and is a diverse economy and some persons with incomes above the national median are below the Ontario median. On balance though, restricting relative measures to smaller units will reduce the overall extent of measured poverty.

Where other countries do specify poverty lines of one sort or another on an official or semi-official basis, they often use figures that are also used for administrative purposes.<sup>25</sup> The line is sometimes set at the level at which income taxes become payable, or the level at which a person or family becomes eligible for social assistance. The Belgian line was based on the old age pension. The Swedish line is equal to the income level at which taxes commence to be paid, although it originates with an estimated cost of a basket of goods. Austria has a variety of lines, all related to pension rates.

Most countries, however, do not have an official poverty line.

---

<sup>24</sup> Timothy M. Smeeding et al., *Poverty, Inequality and Income Distribution in Comparative Perspective*, The Urban Institute Press, Washington, D.C. 1990.

<sup>25</sup> B. Phyllis Will, *Poverty: That Intangible Which Evades Definition or Measurement*, Internal Working Document, Statistics Canada, Ottawa, May 1986.

**Table III:1**

**POVERTY LINES IN CANADA — 1988 estimates updated to 1992 \$  
THE SARLO ESTIMATES**

<b>NUMBER OF PERSONS IN FAMILY</b>						
	<b>ONE</b>	<b>TWO</b>	<b>THREE</b>	<b>FOUR</b>	<b>FIVE</b>	<b>SIX</b>
<b>NFLD</b>	\$7,895	\$10,779	\$13,632	\$16,085	\$18,059	\$19,966
<b>PEI</b>	6,953	9,479	12,523	15,685	17,551	19,357
<b>NS</b>	6,820	9,503	12,559	16,497	18,393	20,226
<b>NB</b>	6,649	9,177	11,737	14,263	16,105	17,887
<b>QUE</b>	6,690	9,669	12,303	15,129	17,094	18,992
<b>ONT</b>	7,563	10,549	13,626	16,951	18,860	20,704
<b>MAN</b>	6,806	9,853	12,965	16,188	17,936	19,629
<b>SASK</b>	6,259	9,463	12,306	15,086	16,881	18,619
<b>ALTA</b>	6,595	9,506	12,573	15,341	17,229	19,054
<b>BC</b>	7,196	10,004	13,339	16,504	18,387	20,208

**Table III:2**

**POVERTY LINES FOR MONTREAL — 1992  
THE MDD ESTIMATES  
FAMILY OF FOUR  
MONTHLY BUDGET**

	<b>BASIC BUDGET</b>	<b>MINIMUM ADEQUATE BUDGET</b>
<b>RENT</b>	414	414
<b>ALL ELSE (HEAT INCL.)</b>	808.47	1,109.1
<b>ALL ELSE (NO HEAT INCL.)</b>	706.54	1,011.15
<b>YEARLY TOTAL</b>	<b>14,229.92</b>	<b>17,885.4</b>

RENT IS AVERAGE FOR A 3 BEDROOM APARTMENT  
ASSUMES 8 MONTHS OF HEATING







# WHO IS POOR AND WHO IS NOT?

---

An accurate bench mark for income inadequacy does more than tell us the aggregate extent of poverty in Canada and the overall number of poor persons. It tells us more precisely which particular groups have a high incidence of poverty and which do not. It is the belief of this Committee that certain groups are today considered poor even though they are not and others who are more likely to be poor are erroneously considered to be above the poverty line. If this belief is true, then it means that our efforts at alleviating poverty might be directed to the wrong areas.

The Committee has heard evidence that the kinds of statistical measures in use today do not properly consider the particular circumstances faced by single parents. In particular they do not take into account the circumstances faced by single parents who work outside of the home. On the other hand, a variety of groups tend to have measured annual incomes falling below the low income lines yet their circumstances are such that they may be enjoying quite adequate and satisfactory living standards; nevertheless, they are considered to be in low income or even in poverty.

### A. THE CASE OF HOMEOWNERS

Annual income does not necessarily give a good indication as to the economic circumstances faced by a family. There are a variety of reasons for this, one being the fact that it does not consider the cumulative wealth of that family. A case in point is the effect of homeownership.

---

**Homeownership and poverty generally do not go together but 40% of "poor" families are homeowners and one-half of these do not have a mortgage.**

---

In 1991, 7.2% of families and 28.9% of unattached individuals owning a home free of mortgage had incomes below their appropriate 1986-base LICO. Such tenure is usually considered the height of financial achievement yet it is still associated with low income according to the LICO measures. Thus, 19.5% of all families commonly considered to be in low income owned their home outright while 14.9% of similar unattached individuals owned their home free of mortgage. Their homeownership status appears to contradict the judgement that they are poor. It indicates not only sizeable asset holdings but relatively low shelter costs as well.

Homeowners with mortgages include those with a minimal amount of equity in their homes as well as those with just short of 100% equity. Until very recently, homeowners needed at least a 10% downpayment to purchase a home and most had over 25% initial equity. While it is true that the recent recession and the burst of the real estate bubble in some areas has likely reduced the equity position of homeowners, it is just as likely that homeownership for many families indicates a degree of economic security. Consequently, should we be alleging that the 39.8% of families with incomes

below their respective LICOs have inadequate incomes when they happen to be homeowners, and should we make a similar judgement about the 19% of unattached individuals who are homeowners and who have incomes below the LICOs?

If asset holdings are viewed as another variable to consider when judging the economic circumstances of a family, it is clear that a certain amount of exaggeration takes place in counting the poor when using the Statistics Canada measures.

Some Canadians, home owners included, live in inadequate housing. Some live in rural areas where housing values are minimal and could not easily be converted into disposable assets. In such cases, home ownership could well be consistent with a state of income inadequacy. The same could be true of seniors who own a home.

## **B. THE CASE OF THE SELF-EMPLOYMENT AND INVESTMENT INCOME**

Total assessed income of families includes self-employment net income and net investment income, which can be negative. In the 1990 taxation year according to Revenue Canada statistics, almost 400,000 taxfilers with total assessed income less than \$20,000 reported negative amounts of self-employment or business income, averaging about \$2000 per taxfiler. Almost 63,000 taxfilers reported negative amounts averaging \$16,500 which resulted in their having a total assessed income of negative \$12,500 on average.

These losses are real, but they do not necessarily indicate that these tax payers were indigent in that year. In many cases they represent temporary financial setbacks for families who have the resources to ride out these difficulties. Furthermore, the fact that a tax payer has a loss in total or in part does not mean that she or he is a member of a low income family. Unfortunately, taxfiler statistics do not tell us everything we need to know about family income.

Nevertheless, when financial surveys are undertaken, these losses do deflate the family income of survey respondents and might push some families below the levels of the Low Income Cut-Offs or the Low Income Measures.

According to Statistics Canada data, about 93,000 unattached individuals, 2.7% of the total, had total incomes of less than \$2500 in 1991. In aggregate, investment income losses and self-employment losses for this group of 93,000 outweighed gains by \$84 million. For the same year, 2.4% of families had incomes below \$10,000. Their total losses from self employment exceeded gains by \$157 million. These losses are temporary for many. They do not necessarily represent cash flow difficulties nor do they necessarily give an accurate portrayal of the economic circumstances that are faced by these families. To the extent that this statement is true, conclusions drawn from Statistics Canada's count of low income families might again be exaggerated.

These statistics cited here indicate incomes which are substantially below the income support levels set by government programs, suggesting to us that these individuals and families do not qualify for such programs. In these cases, then, reported annual income is a poor measure of the economic well-being of these persons, leading to a distortion in our assessment of income inadequacy in Canada.

## **C. THE CASE OF STUDENTS**

It is the conventional wisdom that an individual's likelihood of being poor diminishes with greater educational attainment. This conclusion is widely accepted and has a great deal of empirical support. Yet the low income statistics generated by the LICOs produce results which are surprising and even disturbing.



Why is it that individuals with some post-secondary education and families where the head has some post-secondary education are over-represented in the low income group? In the case of the former, they make up 9.5% of the appropriate population but 10.2% of the low income population. In the case of families, they make up 7.3% of the population and 9.1% of the low income group. For those with post-secondary certificates or diplomas or university degrees, the proportions living in low income are lower than their overall standing in the population. But it is still somewhat surprising that those with post-secondary certificates account for over 15% of the low income population or that those with university degrees account for over 7% of the low income population.

Some might interpret these statistics as indicating that higher education does not provide sufficient economic returns to students. More likely, though, is the fact that these statistics are picking up individuals and families with heads still in school. Because these persons are students they have relatively low incomes. More importantly, though, much of their purchasing power is not taken into account when conducting income surveys. While scholarships are counted as income, loans and gifts are not. These constitute important resources for students and their exclusion will consequently lead to a distorted view of the living standards they enjoy.

Post-secondary students make their choices voluntarily. They choose to forego current income in exchange for expectations of higher future income and in exchange for the intangible benefits associated with greater learning. Most students do not suffer a low standard of living in the same way as do truly poor persons. Including such students in any count of the poor only serves to colour our view of poverty in Canada.

This is not to suggest that students cannot suffer from inadequate income. Some students have families to support and suffer financial hardship during the course of their studies. The Committee feels that better information is needed to assess the financial condition of students and we make such a recommendation to Statistics Canada.

## **D. THE WORKING POOR**

As a general rule, the incidence of low income or poverty is higher amongst unattached individuals than it is for families and it is higher amongst those who are not in the labour force than it is for those who are employed. While it is generally known that single-parent families have a particularly high incidence of poverty or low income, especially when headed by a female, it is not so well known that working single parent families might be worse off than those on social assistance, even though their gross incomes are higher.

The Committee has heard evidence on this matter from Professor Christopher Sarlo, who pointed out that a single parent with a before tax income above the poverty line could enjoy a standard of living no better than that of a similarly configured welfare family with an income below the LICO. The first would be considered not poor while the second is considered to be poor. There are three primary reasons for this. The working parent would be subject to some income tax whereas the parent on welfare would not. In addition, the working parent could incur some child care expenses that are not incurred by the non-working parent. Finally, the non-working parent might have access to in-kind benefits that are typically ignored as part of her or his social assistance package.

Professor Jane Friesen of Simon Fraser University presented the Committee with more details as to why working single-parent families might enjoy lower living standards than are implied by the extent of their money income. In particular, she concentrated on the aspect of additional time constraints that are faced by such families.

A family can enjoy a given standard of living in a variety of ways. It can earn market income and use that income to purchase goods and services or it can, at the other extreme, forego market income to produce those goods and services at home. Family meals are a case in point. Basic food items can be purchased and prepared from scratch at home. Semi-prepared foods can be purchased, at greater cost, and be quickly prepared at home. Fast foods can be ordered for home delivery or the family can eat outside the home. Convenience is purchased at the cost of higher prices. But where time is scarce, as in the case of a single working parent, it is this high price of time which drives the choice of convenience. This fact is not taken into account when establishing low income lines because they typically do not distinguish between a one parent one child family and a two adult family. Nor do the lines distinguish between working and non-working family configurations.

These differences affect more than just the cost of eating, according to Professor Friesen. They affect the cost of clothing as home production and repair require very scarce time. And in addition, the cost of shelter for a single-parent family could typically be higher than for a two-adult family with the same total number of persons. The LICOs do not account for this, nor do the LIMs.

The most important distinction though is likely to arise with respect to the costs of child care. Where such costs are incurred they can be substantial. Subsidized child care is available to some and the Ontario Government's Family Benefits Plan effectively pays for the cost of child care for those working single parents whose net income would be below welfare levels in the absence of such payments. But not all single parents take advantage of such programs, even if they qualify. Thus it is still the case that some employed, single-parent families enjoy a standard of living below that of two adult families and in some cases below that of non-working single-parent families. The low income measures do not recognize these differences and hence are likely to understate the extent of income inadequacy amongst working single parent families.







# A MENU APPROACH TO POVERTY: THE BASIC NEEDS BUDGET

---

Having expressed a desire earlier in this report for an absolute measure of poverty, it is the task of this section to outline how the Committee thinks one might be established. There are several models to draw upon. There is the approach of Professor Sarlo and there are the budget guidelines of the Montreal Diet Dispensary. There are also the guidelines for the determination of income deficiency that are used by the various social welfare agencies across Canada — unfortunately, many of these do not specify in sufficient detail an accounting of individual allowances. In addition, there is also a more recent American academic study<sup>26</sup> which attempts to produce a poverty line for the year 1989, based on the Budget Needs Approach. This alternative to that country's official poverty measure is felt by the authors to be more realistic and more adequate in terms of the consumption standards it sets for the poor.

That particular study attempted to calculate the cost of providing basic needs to a single parent family under a variety of different circumstances and then determined the after-tax and after-transfer income that would be required to bring family resources to the basic needs requirement. Unlike a variety of other poverty studies, it also attempted to take into account the non-cash benefits that are available to a variety of lower income families in the United States, whether provided by government or the private sector. It also accounted for income taxes in assessing the extent to which families have at their disposal the economic resources needed to meet these budgetary needs. This is the approach that the Committee proposes for the setting of income inadequacy standards for Canadian families. Some examples will be presented below.

Table V:1 below presents the totals for the Renwick/Bergmann basic needs budget for four different cases of single-parent families, all of which contain three persons in total. The American dollar amounts have been converted into 1992 Canadian dollars. The table also presents some comparable Canadian measures. The budgetary needs in the table have been modified in one very important respect — the entry for health care has been significantly reduced. This is justified on account of the fact that health care system in Canada does not impose any costs for most of the services specified in the American budget. An allowance has been retained for what the article refers to as out of pocket health care costs.

Case A refers to a single stay-at-home parent with two small children living in the central part of a midwestern American city. This represents the moderate shelter cost scenario of the various cases presented in the article. Although this basic budget indicates that the needs of the family are greater than that which is specified by the American poverty line for this size of family, the inclusion of in-kind benefits supplied by government programs more than offsets this difference. The cash needs of this family are in fact only 64% of the official poverty rate.

---

<sup>26</sup> Trudi J. Renwick and Barbara R. Bergmann, "A Budget-Based Definition of Poverty With An Application to Single-Parent Families", *The Journal of Human Resources*, Vol. 28, No. 1, Winter 1993, p.1-24.

Case B refers to the same type of family as in Case A but with the parent working full time outside the home and relying upon paid child care. This latter fact alone increases the cost of the basic needs budget by 70%. In this case the economic resources needed to meet these budgetary requirements are well above the official poverty line.

Cases C and D look at working single parents with older children, who do not require paid child care. Case C represents a situation with relatively high-cost housing while Case D examines the budgetary costs in a situation with low-cost housing. In both cases the cash requirements are above the official American poverty line for the relevant family, although the overstatement is not as great as in the case of the parent requiring paid child care services.

It is apparent from the table that the relative position of a low-income family depends very much on the employment status of the family. If the parent does not work and can stay at home with the children, the budgetary requirements are quite low by the standards of the official poverty line and by the standards set out by various Canadian measures. It is less than one-half the LICO for a large city such as Toronto and 30% below the LICO established for rural areas. Once the parent is in the workforce, this changes.

In Cases B, C, and D, the LICOs for large urban areas are higher than the requirements of the basic needs budget. In Case D, the low shelter-cost scenario, the rural LICO exceeds the basic budget by 30%. These budgetary costs are, however, generally higher than the relevant Sarlo poverty lines.



TABLE V:1

## BUDGET NEEDS FOR SINGLE-PARENT FAMILIES

	IN MONTHLY \$, U.S. 1989			
	CASE A	CASE B	CASE C	CASE D
FOOD	250	250	326	326
HOUSING	305	305	474	251
TRANSPORTATION	33	73	73	115
CHILD CARE	0	506	0	0
CLOTHING	72	72	72	72
PERSONAL CARE	50	50	20	20
HEALTH CARE	47	47	47	47
TOTAL	757	1,305	1,027	846
	IN ANNUAL CANADIAN \$, 1992			
	CASE A	CASE B	CASE C	CASE D
FOOD	3,991	3,991	5,204	5,204
HOUSING	4,869	4,869	7,567	4,007
TRANSPORTATION	527	1,165	1,165	1,836
CHILD CARE	0	8,078	0	0
CLOTHING	1,149	1,149	1,149	1,149
PERSONAL CARE	798	798	319	319
HEALTH CARE	750	750	750	750
TOTAL	12,084	20,801	16,156	13,266
LICO TORONTO	26,147	26,147	26,147	26,147
SARLO TORONTO	14,125	14,125	14,125	14,125
LICO RURAL	17,802	17,802	17,802	17,802
SARLO CHICOUTIMI	12,028	12,028	12,028	12,028

CASE A: Non-working parent, moderate shelter cost, no childcare expenses.

CASE B: Working parent, moderate shelter cost, childcare expenses.

CASE C: Working parent, high shelter cost, no childcare expenses.

CASE D: Working parent, low shelter cost, no childcare expenses.

## A BUDGET FOR BASIC NEEDS

Table V-2 below presents a tabular comparison of the extent to which a variety of expenditure categories are included in the determination of the menu of basic needs. The total cost of supplying this menu will naturally vary with the extent of the array of entries, all else being equal. In addition, the total cost will vary according to the consumption norms established for each category.

Such menus are generally meant to be all inclusive and it is the belief of this Committee that any Canadian budget-based income inadequacy measure should be so all inclusive. If items are not specified, it is because the originator did not deem them appropriate for inclusion. Another approach might, for example, enter explicitly the major elements of a basic needs budget and then provide for other, more minor, items through the use of a multiplier. Thus a budget might specify food, shelter, clothing, transportation and child care and add some fraction of this subtotal as a miscellaneous entry in order to arrive at a total budget. The official American poverty line takes such an approach to the extreme: it was produced on the basis of the cost of a food budget only, and all else was implicitly included via a multiplier.

The most all-inclusive of the existing budgets presented in this table is that of the Montreal Diet Dispensary. This table has added the two component parts of that organization's guidelines, the allowances for basic needs and the allowances for a minimum adequate standard of living.

TABLE V:2  
THE COMPREHENSIVENESS OF VARIOUS BASIC NEEDS BUDGETS

BUDGETARY ITEM	INCLUSION IN THE BUDGET-BASED POVERTY MEASURE			
	SARLO	MOO	RENWICK/ BERGMAN	S/C POVERTY
SHELTER	Yes	Yes	Yes	Yes
UTILITIES/HEATING	Yes	Yes	Yes	Yes
FOOD	Yes	Yes	Yes	Yes
CLOTHING	Yes	Yes	Yes	Yes
PERSONAL CARE/ALLOW- ANCE	Yes/No	Yes/Yes	Yes/Minimal	Yes
HOUSEHOLD NEEDS	Yes	Yes	Yes	Yes
FURNITURE	Yes	Yes	No	Yes
TELEPHONE	Yes	Yes	Yes	Yes
TRANSPORTATION	Yes	Yes	Yes	Yes
CHILD CARE	No	No	Yes	Yes
HEALTH CARE	No	No	Yes	Yes
ENTERTAINMENT/RECRE- ATION	No/No	Yes/Yes	No/No	Yes
READING MATERIAL	No	Yes	No	Yes
RELIGION/CHARITY	No	Yes	No	Yes
SCHOOL SUPPLIES	No	Yes	No	Yes

Table V:3 below presents a preliminary estimate of a basic needs budget that the Committee has in mind as a bench mark of income inadequacy. It has been estimated for families living in Toronto in 1992. Three different family configurations are provided. The table provides two sets of budgetary needs for each family configuration, a high estimate and a low estimate.

Shelter costs are taken from the CMHC estimates of Core Need Income Thresholds for Toronto and are based on the occupancy standards set by that organization. In the following table the two adult family is assigned a one bedroom apartment, the one parent one child family occupies a two bedroom apartment and the two parent two child family lives in a three bedroom apartment. CMHC occupancy standards do allow for two children of the same sex and similar ages to share a bedroom. The cost of shelter is taken from CMHC's estimation of average rents, and it is this figure which is used in the high estimate. The low estimate uses the average figure, less ten per cent.

CMHC's National Occupancy Standards are appropriate, we think, for families and seniors. It may be, however, that more modest standards are acceptable for single low income persons. It is not uncommon for students to live in rooming houses and it is not uncommon for young singles to share apartments. Three single persons sharing a three bedroom apartment have a lower per person shelter cost than would be the case if each had a one bedroom apartment. Such arrangements are common and are not seen as unacceptable by those employing such strategies. The Committee believes that such standards are acceptable for establishing shelter costs for single persons.

Food costs for the high estimate are taken from Agriculture Canada's Nutritious Food Plan for the city of Toronto and we have calculated costs based on the family configurations described above. The low estimate is based on the Thrifty Nutritious Food Plan. This plan is somewhat more restricted than the Nutritious Food Plan, and costs about 11% less. The costs of these food plans do not assume any economizing behaviour on the part of shoppers. They are not, therefore, particularly stringent budgets. Food and shelter costs constitute the bulk of the basic needs budget and are available on a city specific basis.

The spending categories from clothing to school supplies have been taken from the guidelines of the Montreal Diet Dispensary. Although priced for Montreal, the cost of most of the elements presented here should not vary greatly across the country. These are used as the high estimates. The low estimates are updates of Professor Sarlo's figures. Transportation and telephone costs are location specific and will have to be determined with more precision.

The personal care category is mostly comprised of what the MDD refers to as a personal allowance, essentially spending money. The remainder is for items such as soaps, haircuts, dry cleaning, etc.

The four categories, entertainment to school supplies are based on MDD figures. Professor Sarlo did not include such items in the calculation of his poverty lines. We use the MDD figures for both our high and low estimates. The entertainment category includes an allowance for recreation. The MDD estimates are not sufficient to cover cable television rates — the Committee does not see this as an unreasonable expense and therefor has added \$400 to the MDD allowances.

While most health related costs are supplied free of charge to Canadians, some must be paid for by patients. This is true of dental care, vision care and prescription medicines. We have used as an estimate the in-kind benefits attributed to social assistance recipients in Ontario, approximately \$250 per person per year. These are the numbers that we applied to Table V:1 above.



We have also been informed by government officials in New Brunswick that social assistance clients are provided with a health card covering dental, prescription drug and optical needs. The client pays only a modest fee. The value of these in-kind benefits is not known precisely but they likely do not differ much from those in Ontario.

The high estimate sub-totals in the table range from \$16,491 for a one parent one child family to \$25,094 for a two adult two child family. These sub-total figures are about midway between the estimates of Professor Sarlo and the Statistics Canada LICOs. The low estimate sub-totals range from \$13,288 to \$20,927. Although the family configurations differ, these estimates are typically above those produced by Professors Renwick and Bergmann, as presented in Table V:1. These figures are the appropriate ones to consider for families fully dependent upon government for income. Table V:4 provides selected social assistance rates as of 1 April, 1993, as provided by officials of the government of Ontario.

These sub-totals ignore the cost of child care that might be required in a single parent family if the parent is in the work force. For the purposes of these examples we have assumed a cost of \$100 per week. The two parent family with two children is assumed in this case not to require any child care expenditures.

Families on social assistance are believed to need the amounts specified in the Sub-Total row of Table V:3. This represents the Income Inadequacy Bench Mark for families paying no income tax and incurring no child care expenses. According to our estimates a two adult couple would receive total provincial benefits, social assistance plus provincial credits including in-kind benefits, of about \$15,236 per year. This is 87% of the high income inadequacy bench mark and 111% of the low bench mark. The provincial benefits for a single parent family with one child is in the same range, at 87% of the high estimate and 103% of the low estimate. The benefits available to a two parent two child family are farther from the income inadequacy bench mark, only 78% of the high standard and 95% of the low standard. These families are also eligible for federal cash benefits, the GST credit and the new child benefit. We have used here the old system of federal child benefits for the purposes of these 1992 comparisons. The inclusion of the federal benefits puts the single parent family above both thresholds. The inclusion of federal benefits brings the income of the four person family to within 89% of the high threshold.

The Total row in the table estimates the gross income which needs to be earned by a family to enjoy the same standard of living as specified in the Sub-total row. The calculations in this table assume that every family has only one income earner. At these levels, the income tax and payroll tax burdens are not at very high rates and might in fact be lower than the cash transfers they receive from the federal government. Nevertheless, it is obvious that working poor need to receive gross incomes above the levels specified for the non-working poor. This is particularly true of the family needing paid child care. The high estimate for the single parent is actually above the two person LICO and is almost twice as high as the Sarlo poverty line.

Subsidized child care is, however, available to some parents and those who avail themselves of that service enjoy an enhancement of income equal to the amount of the subsidy. But in Ontario, it goes even further. The social assistance program in that province ensures that no family is made worse off by working rather than depending on welfare. When determining eligibility for welfare, authorities look at income net of statutory deductions and full child care costs. Consequently a parent in this case might effectively pay little or no child care expenses.

Similar provisions are available for assisted child care in New Brunswick. Subsidized and licenced day care is readily available in urban areas, according to government officials. Clients can have day care fees paid directly when living in rural areas. It is the belief of officials in that province that the social assistance program achieves, to varying degrees, the goals of the Ontario government, that no working family be worse off financially than one on assistance.

These are important considerations. The calculations used here assume child care costs of \$5200 per year. It can be much higher with infant care in Metropolitan Toronto costing about \$10,000 per year.

The above discussion has not taken into account any possible subsidies with respect to shelter costs. In the case of families on social assistance in Ontario, this does not matter as welfare benefits are reduced when families do not need to pay market rents. There are, however, some working families who pay less than market rent due to subsidized housing. In those cases, the shelter cost component should be reduced by the amount by which costs are lower than the amounts set out in this table.

## CONCLUDING COMMENTS

The Sub-Committee has here set out some examples of a basic needs approach to budgeting for low income families. The appendix to this chapter includes illustrations for twelve Canadian cities. In relation to a number of other such exercises, our budgets are quite generous. And we have set out differential budgets for working and non-working families. The striking feature about virtually all budgets is the fact that they are at least 10% below the LICOs for working families and closer to 20% below the LICOs in the case of families on social assistance. If our lower estimate is more appropriate, the extent of exaggeration of the LICOs is even greater.

It is our view, and we believe the facts bear this out, that the current set of poverty/low income lines do not accurately reflect the costs associated with single parent working families. In Toronto, for example, a single parent completely independent of the social assistance system could require a budget for basic needs which is higher than the commonly used LICO. Our bench mark, we believe, serves better this family than do the commonly used measures of Statistics Canada.

The income inadequacy bench marks illustrated here suggest that "poverty lines" for working families and individuals be set at higher levels than those for non-working persons. This is not a value judgement on the part of the Committee. It simply reflects the fact that gross earned income tends to overstate purchasing power. Since it is our intention to define income inadequacy in terms of a standard of living which is the same across communities and across family configurations, it is important that this distinction be made.

In addition, the Committee believes that the best way out of poverty is through employment. We expect governments to ensure that employment growth is adequate for the needs of Canadian families. Institutional and policy arrangements should not hinder Canadians from seeking and obtaining employment. The same should be true, we believe, of the poverty line.

If individuals and families have sufficient resources to meet these budgetary items, including food, we see no reason why they should be dependent upon food banks. There seems to be little reason in Ontario for large scale use of food banks. Every family configuration in Table V:3 can have a total income, including federal benefits, in excess of this bench mark if we use the low estimate. And none of the families in these examples are below 89% of the high estimate. We believe that this budget is sufficiently generous in a number of categories to allow families enough resources to feed themselves.

On the other hand, such dependency upon food banks strikes us as being more likely due to other, non-income factors. Not everyone receives the benefits to which they are entitled. As the Daily Bread Food Bank of Toronto told the Committee, people go to food banks because of emergency needs, problems with cheque cashing and late cheques. They also make use of such services because they claim not to have sufficient money to buy food, pay for transportation, etc. It is interesting to note that 72% of food bank users in Toronto felt that:

"Welfare rates are not based on what it costs to live, and most food bank users say they just don't have enough money to live on. Establishing the actual cost of a minimal "market basket" of goods and services and setting welfare to reflect what people need would reduce hunger."<sup>27</sup>

The Committee agrees that a market basket should be priced and that the adequacy of welfare benefits should be assessed against such a basket.

Our assessment of the situation in Ontario does not hold true for all other provinces. In New Brunswick, for example, we have found that government support for low-income families is inadequate to raise family living standards up to the Income Inadequacy Bench Marks. Such is the case even for our low estimate.

There are many reasons for this, not the least of which are the financial constraints faced by governments. Nevertheless, our recommended indicators provide a better yardstick for judging the difficulties with which families are confronted when trying to access those goods and services to which all Canadians should be entitled. This, in our view, offers a better measure by which we can evaluate government efforts and design future programs.

---

<sup>27</sup> The Daily Bread Hunger Action Network, *Ten ways you can work to reduce hunger*, Toronto



TABLE V:3

**ESTIMATED ANNUAL COST OF A BASIC NEEDS BUDGET:  
TORONTO, 1992**

BUDGETARY ITEM	ESTIMATED ANNUAL COST, \$					
	2 ADULTS		1 ADULT 1 CHILD		2 ADULTS 2 CHILDREN	
	HIGH	LOW	HIGH	LOW	HIGH	LOW
SHELTER	7,800	7,020	9,600	8,640	11,550	10,395
FOOD	3,710	3,304	3,192	2,837	6,718	5,778
CLOTHING	1,130	578	923	578	1,710	1,156
PERSONAL CARE	1,197	471	641	471	1,375	944
HOUSEHOLD NEEDS	174		174		349	
FURNITURE	264	158	264	158	540	237
TELEPHONE	240	209	240	209	240	209
TRANSPORTATION	1,116	423	1,116	423	1,116	423
ENTERTAINMENT	634	634	603	603	760	760
READING MATERIAL	240	240	240	240	240	240
RELIGION/CHARITY	156	156	108	108	216	216
SCHOOL SUPPLIES			90	90	180	180
HEALTH CARE	500	500	500	500	1,000	1,000
<b>SUB-TOTAL: Net Income Inadequacy Bench Mark</b>	17,161	13,693	17,691	14,857	25,994	21,538
CHILD CARE	N/A	N/A	5,200	5,200	N/A	N/A
<b>TOTAL: Gross Income Inadequacy Bench Mark, before taxes (Approx.)</b>	19,000	14,250	23,100	19,200	28,000	22,750
LICO	20,567		20,567		30,100	
SARLO	10,900		10,900		17,935	

**Table V:4**  
**Comparison of social assistance rates (as of April 1, 1993) among selected provinces and case types**

	Single Employable		Single disabled		Sole-Support Parent with two child. under 12		Sole-Support Parent with one child under 12		Employable couple with two child under 12		Employable with one child under 12	
		Rank		Rank		Rank		Rank		Rank		Rank
Rent (Ont. Max.)	\$414		\$414		\$707		\$652		\$768		\$707	
Ontario	\$663	1	\$930	1	\$1,386	1	\$1,221	1	\$1,530	1	\$1,342	1
PEI	\$597	3	\$637	6	\$1,153	2	\$963	2	\$1,309	2	\$1,154	3
Alberta	\$470	6	\$810	2	\$1,053	4	\$842	5	\$1,275	3	\$1,112	4
British Columbia	\$535	5	\$755	3	\$1,152	3	\$963	2	\$1,214	4	\$1,075	5
Quebec	\$626	2	\$662	5	\$983	6	\$862	3	\$1,248	5	\$1,156	2
Manitoba	\$537	4	\$679	4	\$1,038	5	\$850	4	\$1,262	4	\$1,055	6

**NOTES:**

- 1) Rent includes utilities. The Ontario maximum shelter cost is used as a basis for comparison.
- 2) Where rates for children under 12 are further broken down to 0-6 & 7-11, the higher 7-11 rate is used.
- 3) In Quebec, there is an additional, minor benefit provided to employables who are participating in the labour force. This higher rate is reported above.
- 4) PEI provides a \$40/month special care allowance to most disabled recipients. This is included in the figure quoted above.
- 5) Manitoba has a two-tiered system with most employables served at the municipal level. Manitoba ensures a minimum level of assistance, however a municipality may choose to provide higher benefit levels (but they won't be cost shared for the additional monies).







## **APPENDIX TO CHAPTER V**

### **ILLUSTRATIVE INCOME INADEQUACY BENCH MARKS FOR CANADIAN CITIES**

The following tables present illustrations of estimated Net Income Inadequacy Bench Marks for a number of Canadian cities. They have been calculated in the same way as the example for Toronto in the body of this report. Each table includes an estimate of provincial cash benefits and total cash benefits available to poor families. Given the nature of the social assistance programs in the provinces and territories, actual benefits will vary according to individual family circumstances. They could differ from the numbers presented here.

# APPENDIX TABLE 1

## ESTIMATED ANNUAL COST OF A BASIC NEEDS BUDGET: ST. JOHN'S, 1992

BUDGETARY ITEM	ESTIMATED ANNUAL COST, \$					
	2 ADULTS		1 ADULT 1 CHILD		2 ADULTS 2 CHILDREN	
	HIGH	LOW	HIGH	LOW	HIGH	LOW
SHELTER	6,750	6,075	8,100	7,290	8,700	7,830
FOOD	3,646	3,278	3,099	2,784	6,545	5,900
CLOTHING	1,130	578	923	578	1,710	1,156
PERSONAL CARE	1,197	471	641	471	1,375	944
HOUSEHOLD NEEDS	174		174		349	
FURNITURE	264	158	264	158	540	237
TELEPHONE	240	209	240	209	240	209
TRANSPORTATION	1,116	423	1,116	423	1,116	423
ENTERTAINMENT	634	634	603	603	760	760
READING MATERIAL	240	240	240	240	240	240
RELIGION/CHARITY	156	156	108	108	216	216
SCHOOL SUPPLIES			90	90	180	180
HEALTH CARE	500	500	500	500	1,000	1,000
<b>SUB-TOTAL:</b> Net Income Inadequacy Bench Mark	16,047	12,722	16,098	13,454	22,971	19,095
ESTIMATED PROVINCIAL BENEFITS	11,496		11,698		13,119	
ESTIMATED TOTAL BENEFITS	11,876		13,396		15,733	
LICO	18,075		18,075		26,440	
SARLO	10,460		10,460		15,610	



## APPENDIX TABLE 2

### ESTIMATED ANNUAL COST OF A BASIC NEEDS BUDGET: CHARLOTTETOWN, 1992

BUDGETARY ITEM	ESTIMATED ANNUAL COST, \$					
	2 ADULTS		1 ADULT 1 CHILD		2 ADULTS 2 CHILDREN	
	HIGH	LOW	HIGH	LOW	HIGH	LOW
SHELTER	5,400	4,860	6,900	6,210	8,100	7,290
FOOD	3,529	3,056	2,998	2,591	6,323	5,472
CLOTHING	1,130	578	923	578	1,710	1,156
PERSONAL CARE	1,197	471	641	471	1,375	944
HOUSEHOLD NEEDS	174		174		349	
FURNITURE	264	158	264	158	540	237
TELEPHONE	240	209	240	209	240	209
TRANSPORTATION	1,116	423	1,116	423	1,116	423
ENTERTAINMENT	634	634	603	603	760	760
READING MATERIAL	240	240	240	240	240	240
RELIGION/CHARITY	156	156	108	108	216	216
SCHOOL SUPPLIES			90	90	180	180
HEALTH CARE	500	500	500	500	1,000	1,000
<b>SUB-TOTAL:</b> Net Income Inadequacy Bench Mark	14,580	11,285	14,797	12,181	22,149	18,127
ESTIMATED PROVINCIAL BENEFITS	11,569		11,420		17,303	
ESTIMATED TOTAL BENEFITS	11,949		13,119		19,917	
LICO	17,650		17,650		25,830	
SARLO	9,197		9,197		15,220	

**APPENDIX TABLE 3**

**ESTIMATED ANNUAL COST OF A BASIC NEEDS BUDGET:  
HALIFAX, 1992**

BUDGETARY ITEM	ESTIMATED ANNUAL COST, \$					
	2 ADULTS		1 ADULT 1 CHILD		2 ADULTS 2 CHILDREN	
	HIGH	LOW	HIGH	LOW	HIGH	LOW
SHELTER	6,750	6,075	8,100	7,290	9,600	8,640
FOOD	3,417	3,027	2,910	2,866	6,137	5,440
CLOTHING	1,130	578	923	578	1,710	1,156
PERSONAL CARE	1,197	471	641	471	1,375	944
HOUSEHOLD NEEDS	174		174		349	
FURNITURE	264	158	264	158	540	237
TELEPHONE	240	209	240	209	240	209
TRANSPORTATION	1,116	423	1,116	423	1,116	423
ENTERTAINMENT	634	634	603	603	760	760
READING MATERIAL	240	240	240	240	240	240
RELIGION/CHARITY	156	156	108	108	216	216
SCHOOL SUPPLIES			90	90	180	180
HEALTH CARE	500	500	500	500	1,000	1,000
<b>SUB-TOTAL:</b> Net Income Inadequacy Bench Mark	15,818	12,471	15,909	13,536	23,463	19,445
ESTIMATED PROVINCIAL BENEFITS	11,300		10,838		13,322	
ESTIMATED TOTAL BENEFITS	11,680		12,560		16,046	
LICO	18,070		18,070		26,440	
SARLO	10,420		10,420		16,788	

**APPENDIX TABLE 4**

**ESTIMATED ANNUAL COST OF A BASIC NEEDS BUDGET:  
SAINT JOHN, 1992**

BUDGETARY ITEM	ESTIMATED ANNUAL COST, \$					
	2 ADULTS		1 ADULT 1 CHILD		2 ADULTS 2 CHILDREN	
	HIGH	LOW	HIGH	LOW	HIGH	LOW
SHELTER	4,800	4,320	6,000	5,400	6,450	5,805
FOOD	3,383	2,970	2,881	2,522	6,070	5,333
CLOTHING	1,130	578	923	578	1,710	1,156
PERSONAL CARE	1,197	471	641	471	1,375	944
HOUSEHOLD NEEDS	174		174		349	
FURNITURE	264	158	264	158	540	237
TELEPHONE	240	209	240	209	240	209
TRANSPORTATION	1,116	423	1,116	423	1,116	423
ENTERTAINMENT	634	634	603	603	760	760
READING MATERIAL	240	240	240	240	240	240
RELIGION/CHARITY	156	156	108	108	216	216
SCHOOL SUPPLIES			90	90	180	180
HEALTH CARE	500	500	500	500	1,000	1,000
<b>SUB-TOTAL:</b> Net Income Inadequacy Bench Mark	13,834	10,659	13,780	11,302	20,246	16,503
ESTIMATED PROVINCIAL BENEFITS	8,800		8,800		10,318	
ESTIMATED TOTAL BENEFITS	9,180		10,456		12,932	
LICO	18,068		18,068		26,439	
SARLO	9,177		9,177		14,263	



# APPENDIX TABLE 5

## ESTIMATED ANNUAL COST OF A BASIC NEEDS BUDGET: MONTREAL, 1992

BUDGETARY ITEM	ESTIMATED ANNUAL COST, \$					
	2 ADULTS		1 ADULT 1 CHILD		2 ADULTS 2 CHILDREN	
	HIGH	LOW	HIGH	LOW	HIGH	LOW
SHELTER	5,250	4,725	6,300	5,670	7,650	6,885
FOOD	3,552	3,061	3,016	2,522	6,355	5,468
CLOTHING	1,130	578	923	578	1,710	1,156
PERSONAL CARE	1,197	471	641	471	1,375	944
HOUSEHOLD NEEDS	174		174		349	
FURNITURE	264	158	264	158	540	237
TELEPHONE	240	209	240	209	240	209
TRANSPORTATION	1,116	423	1,116	423	1,116	423
ENTERTAINMENT	634	634	603	603	760	760
READING MATERIAL	240	240	240	240	240	240
RELIGION/CHARITY	156	156	108	108	216	216
SCHOOL SUPPLIES			90	90	180	180
HEALTH CARE	500	500	500	500	1,000	1,000
<b>SUB-TOTAL:</b> Net Income Inadequacy Bench Mark	14,453	11,155	14,215	11,572	21,731	17,718
ESTIMATED PROVINCIAL BENEFITS	10,800		10,830		13,751	
ESTIMATED TOTAL BENEFITS	11,180		13,157		16,596	
LICO	20,567		20,567		30,100	
SARLO	10,900		10,900		17,935	

**APPENDIX TABLE 6**

**ESTIMATED ANNUAL COST OF A BASIC NEEDS BUDGET:  
TORONTO, 1992**

BUDGETARY ITEM	ESTIMATED ANNUAL COST, \$					
	2 ADULTS		1 ADULT 1 CHILD		2 ADULTS 2 CHILDREN	
	HIGH	LOW	HIGH	LOW	HIGH	LOW
SHELTER	7,800	7,020	9,600	8,640	11,550	10,395
FOOD	3,710	3,304	3,192	2,837	6,719	5,778
CLOTHING	1,130	578	923	578	1,710	1,156
PERSONAL CARE	1,197	471	641	471	1,375	944
HOUSEHOLD NEEDS	174		174		349	
FURNITURE	264	158	264	158	540	237
TELEPHONE	240	209	240	209	240	209
TRANSPORTATION	1,116	423	1,116	423	1,116	423
ENTERTAINMENT	634	634	603	603	760	760
READING MATERIAL	240	240	240	240	240	240
RELIGION/CHARITY	156	156	108	108	216	216
SCHOOL SUPPLIES			90	90	180	180
HEALTH CARE	500	500	500	500	1,000	1,000
<b>SUB-TOTAL:</b> Net Income Inadequacy Bench Mark	17,161	13,693	17,691	14,857	25,994	21,538
ESTIMATED PROVINCIAL BENEFITS	15,236		15,314		20,392	
ESTIMATED TOTAL BENEFITS	15,616		17,027		23,010	
LICO	20,567		20,567		30,100	
SARLO	10,900		10,900		17,935	

# APPENDIX TABLE 7

## ESTIMATED ANNUAL COST OF A BASIC NEEDS BUDGET: WINNIPEG, 1992

BUDGETARY ITEM	ESTIMATED ANNUAL COST, \$					
	2 ADULTS		1 ADULT 1 CHILD		2 ADULTS 2 CHILDREN	
	HIGH	LOW	HIGH	LOW	HIGH	LOW
SHELTER	5,700	5,130	7,200	6,480	8,700	7,830
FOOD	3,444	3,004	2,914	2,526	6,152	5,350
CLOTHING	1,130	578	923	578	1,710	1,156
PERSONAL CARE	1,197	471	641	471	1,375	944
HOUSEHOLD NEEDS	174		174		349	
FURNITURE	264	158	264	158	540	237
TELEPHONE	240	209	240	209	240	209
TRANSPORTATION	1,116	423	1,116	423	1,116	423
ENTERTAINMENT	634	634	603	603	760	760
READING MATERIAL	240	240	240	240	240	240
RELIGION/CHARITY	156	156	108	108	216	216
SCHOOL SUPPLIES			90	90	180	180
HEALTH CARE	500	500	500	500	1,000	1,000
<b>SUB-TOTAL:</b> Net Income Inadequacy Bench Mark	14,795	11,503	15,013	12,386	22,578	18,545
ESTIMATED PROVINCIAL BENEFITS	10,728		11,118		18,741	
ESTIMATED TOTAL BENEFITS	11,108		12,778		21,355	
LICO	20,570		20,570		30,100	
SARLO	9,853		9,853		16,188	



# APPENDIX TABLE 8

## ESTIMATED ANNUAL COST OF A BASIC NEEDS BUDGET: SASKATOON, 1992

BUDGETARY ITEM	ESTIMATED ANNUAL COST, \$					
	2 ADULTS		1 ADULT 1 CHILD		2 ADULTS 2 CHILDREN	
	HIGH	LOW	HIGH	LOW	HIGH	LOW
SHELTER	4,650	4,185	5,700	5,130	6,900	6,210
FOOD	3,468	3,055	2,930	2,563	6,200	5,444
CLOTHING	1,130	578	923	578	1,710	1,156
PERSONAL CARE	1,197	471	641	471	1,375	944
HOUSEHOLD NEEDS	174		174		349	
FURNITURE	264	158	264	158	540	237
TELEPHONE	240	209	240	209	240	209
TRANSPORTATION	1,116	423	1,116	423	1,116	423
ENTERTAINMENT	634	634	603	603	760	760
READING MATERIAL	240	240	240	240	240	240
RELIGION/CHARITY	156	156	108	108	216	216
SCHOOL SUPPLIES			90	90	180	180
HEALTH CARE	500	500	500	500	1,000	1,000
<b>SUB-TOTAL:</b> Net Income Inadequacy Bench Mark	13,769	10,609	13,529	11,073	20,826	17,019
ESTIMATED PROVINCIAL BENEFITS	10,800		10,800		15,683	
ESTIMATED TOTAL BENEFITS	11,180		12,507		18,297	
LICO	18,068		18,068		26,439	
SARLO	9,560		9,560		15,710	

# APPENDIX TABLE 9

## ESTIMATED ANNUAL COST OF A BASIC NEEDS BUDGET: EDMONTON, 1992

BUDGETARY ITEM	ESTIMATED ANNUAL COST, \$					
	2 ADULTS		1 ADULT 1 CHILD		2 ADULTS 2 CHILDREN	
	HIGH	LOW	HIGH	LOW	HIGH	LOW
SHELTER	5,700	5,130	7,200	6,480	8,700	7,830
FOOD	3,435	3,011	2,910	2,546	6,154	5,400
CLOTHING	1,130	578	923	578	1,710	1,156
PERSONAL CARE	1,197	471	641	471	1,375	944
HOUSEHOLD NEEDS	174		174		349	
FURNITURE	264	158	264	158	540	237
TELEPHONE	240	209	240	209	240	209
TRANSPORTATION	1,116	423	1,116	423	1,116	423
ENTERTAINMENT	634	634	603	603	760	760
READING MATERIAL	240	240	240	240	240	240
RELIGION/CHARITY	156	156	108	108	216	216
SCHOOL SUPPLIES			90	90	180	180
HEALTH CARE	500	500	500	500	1,000	1,000
<b>SUB-TOTAL:</b> Net Income Inadequacy Bench Mark	14,786	11,510	15,009	12,406	22,580	18,595
ESTIMATED PROVINCIAL BENEFITS	10,604		10,604		16,696	
ESTIMATED TOTAL BENEFITS	10,984		12,197		19,402	
LICO	20,570		20,570		30,100	
SARLO	9,560		9,560		15,710	

APPENDIX TABLE 10

**ESTIMATED ANNUAL COST OF A BASIC NEEDS BUDGET:  
VANCOUVER, 1992**

BUDGETARY ITEM	ESTIMATED ANNUAL COST, \$					
	2 ADULTS		1 ADULT 1 CHILD		2 ADULTS 2 CHILDREN	
	HIGH	LOW	HIGH	LOW	HIGH	LOW
SHELTER	7,500	6,750	9,750	8,775	11,700	10,530
FOOD	3,785	3,435	3,205	2,892	6,795	6,158
CLOTHING	1,130	578	923	578	1,710	1,156
PERSONAL CARE	1,197	471	641	471	1,375	944
HOUSEHOLD NEEDS	174		174		349	
FURNITURE	264	158	264	158	540	237
TELEPHONE	240	209	240	209	240	209
TRANSPORTATION	1,116	423	1,116	423	1,116	423
ENTERTAINMENT	634	634	603	603	760	760
READING MATERIAL	240	240	240	240	240	240
RELIGION/CHARITY	156	156	108	108	216	216
SCHOOL SUPPLIES			90	90	180	180
HEALTH CARE	500	500	500	500	1,000	1,000
<b>SUB-TOTAL:</b> Net Income Inadequacy Bench Mark	16,936	13,554	17,854	15,047	26,221	22,053
ESTIMATED PROVINCIAL BENEFITS	10,632		11,929		15,477	
ESTIMATED TOTAL BENEFITS	11,012		13,575		18,000	
LICO	20,570		20,570		30,100	
SARLO	10,004		10,004		16,504	



# APPENDIX TABLE 11

## ESTIMATED ANNUAL COST OF A BASIC NEEDS BUDGET: WHITEHORSE, 1992

BUDGETARY ITEM	ESTIMATED ANNUAL COST, \$					
	2 ADULTS		1 ADULT 1 CHILD		2 ADULTS 2 CHILDREN	
	HIGH	LOW	HIGH	LOW	HIGH	LOW
SHELTER	8,100	7,290	9,150	8,235	10,050	9,045
FOOD	4,440	4,034	3,758	3,395	7,985	7,245
CLOTHING	1,130	578	923	578	1,710	1,156
PERSONAL CARE	1,197	471	641	471	1,375	944
HOUSEHOLD NEEDS	174		174		349	
FURNITURE	264	158	264	158	540	237
TELEPHONE	240	209	240	209	240	209
TRANSPORTATION	1,116	423	1,116	423	1,116	423
ENTERTAINMENT	634	634	603	603	760	760
READING MATERIAL	240	240	240	240	240	240
RELIGION/CHARITY	156	156	108	108	216	216
SCHOOL SUPPLIES			90	90	180	180
HEALTH CARE	500	500	500	500	1,000	1,000
<b>SUB-TOTAL:</b> Net Income Inadequacy Bench Mark	18,191	14,693	17,807	14,794	25,761	21,655
ESTIMATED PROVINCIAL BENEFITS	12,864		13,610		20,765	
ESTIMATED TOTAL BENEFITS	13,244		15,322		23,380	
LICO						
SARLO						

**APPENDIX TABLE 12**

**ESTIMATED ANNUAL COST OF A BASIC NEEDS BUDGET:  
YELLOWKNIFE, 1992**

BUDGETARY ITEM	ESTIMATED ANNUAL COST, \$					
	2 ADULTS		1 ADULT 1 CHILD		2 ADULTS 2 CHILDREN	
	HIGH	LOW	HIGH	LOW	HIGH	LOW
SHELTER	11,250	10,125	13,350	12,015	16,650	14,985
FOOD	4,205	3,760	3,578	3,183	7,546	6,720
CLOTHING	1,130	578	923	578	1,710	1,156
PERSONAL CARE	1,197	471	641	471	1,375	944
HOUSEHOLD NEEDS	174		174		349	
FURNITURE	264	158	264	158	540	237
TELEPHONE	240	209	240	209	240	209
TRANSPORTATION	1,116	423	1,116	423	1,116	423
ENTERTAINMENT	634	634	603	603	760	760
READING MATERIAL	240	240	240	240	240	240
RELIGION/CHARITY	156	156	108	108	216	216
SCHOOL SUPPLIES			90	90	180	180
HEALTH CARE	500	500	500	500	1,000	1,000
<b>SUB-TOTAL:</b> Net Income Inadequacy Bench Mark	21,106	17,254	21,827	18,578	31,922	27,070
ESTIMATED PROVINCIAL BENEFITS						
ESTIMATED TOTAL BENEFITS						
LICO						
SARLO						





# CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS

---

The Government of Canada, through Statistics Canada, is involved in the measurement and assessment of poverty in this country. This development has not been intentional — one need only recall the frequent pronouncements by Statistics Canada that its LICOs do not constitute poverty measures. Dr. Michael Wolfson made this clear when he appeared before the Sub-Committee. (4:13) He also indicated an unwillingness on the part of his organization to produce such an 'official' poverty measure, although the idea of producing social measures is something Statistics Canada continually strives to do. In response to a question from Mr. Pagtakhan on this point, Dr. Wolfson responded: "If we're going to have any kind of official poverty line, at least in the American sense, who should be the source of that? Certainly not Statistics Canada. We can produce what we think are appropriate social indicators to fulfil what we perceive as actually a very strong need on the part of a wide spectrum of our users — they want these kinds of numbers and they complain if we even hint that we might not produce them — but beyond a certain point we can't go." (4:25) Nevertheless, as far as most Canadians are concerned, Statistics Canada does measure poverty.

Unfortunately, Statistics Canada does not measure income inadequacy well. Instead it provides what simply amount to additional measures of income inequality but, unlike its proper inequality measures, these are seen as something they are not. The Sub-Committee feels that these measures, the LICOs and the LIMs, contribute little to our understanding of the nature and extent of poverty and indeed play a greater role in confusing the true issues. We see evidence of this in the harsh criticism of Canada's social policy record by a United Nations committee, that misunderstood completely the social indicators used.

In particular, they lead to a confusion between income inequality and income inadequacy. While an egalitarian society takes pride in offering equal opportunities to all citizens, the distribution of incomes is bound to be unequal at any point in time. Canadians can take entrepreneurial risks, enjoying the rewards of such risk but occasionally suffering the penalties of failure. They can defer earned income today by investing in their future through continued education. They may wish to reside in areas where economic opportunities are not as great but where other amenities are thought to offset this disadvantage. Moreover, the age distribution of the population makes inequality inevitable. Such inequality does not mean all Canadians won't enjoy the same standard of living over time, it simply means they do so at different points in time. Finally, immigrants who come here to enjoy a better life usually succeed in their aims, yet income inequality measures masquerading as poverty measures see their arrival and subsequent low relative incomes as a defect of our economic and political system.

It is this economic freedom, the economic diversity of our regions and the diversity of our population base which produces disparate incomes at any point in time. Confusing this with poverty not only misdirects scarce public resources, it incorrectly influences our view as to how our economy should work and how our society should function. It also misses the increase in living standards that has taken place over time.

The Committee is concerned about poverty. It is attentive to the needs of families to live wholesome and healthy lives. Consequently we make the following recommendations for a new and *real* measure of poverty.

## **Recommendation 1**

The Sub-Committee recommends that the Minister of National Health and Welfare, with the assistance of other government departments, undertake the task of developing and constructing an "Indicator of Income Inadequacy" for families in Canada. This indicator should gauge the *standard of living* of lower income Canadian families and assess that standard against an "Income Inadequacy Bench Mark", determined as the level before which families would have serious difficulty in living a healthy and physically acceptable life.

This bench mark should be based on a determination of the *goods and services necessary* to maintain an adequate standard of living and the resources needed to acquire those goods and services. It should take into account the taxation of income and the provision of non-cash benefits.

Bench marks are to be established for families in differing circumstances. An important component of any basket of necessities is shelter cost and they should be available for a variety of housing markets. Since provinces levy income tax at different rates, there should be a bench mark for every province and territory. And the bench mark should be designed so as to take into account the differing needs of families in different circumstances, such as single-parent families. The bench mark should represent the same standard of living for all families in all parts of Canada.

Statistics Canada should be instructed to provide, where feasible, a historical series for these bench marks and an accounting of the number of persons falling below it.

## **Recommendation 2**

Statistics Canada should publish annually, in addition to its present measures, an assessment of the number of families and total persons judged to have inadequate income, as determined in Recommendation 1. A distribution of persons with inadequate income should also be published annually, as is now done with the LICOs.

## **Recommendation 3**

Statistics Canada should publish annually, as it now does, measures of "Aggregate Income Inadequacy", also referred to commonly as poverty gaps.

## **Recommendation 4**

Statistics Canada should provide this detailed information also for persons living in families with incomes between the Income Inadequacy Bench Mark and 125% and 150% of that bench mark.

The Committee has heard evidence that head counts of the poor in Canada include individuals and families whose reported incomes give a poor indication as to their economic well-being. Families in these categories include full-time students, some homeowners and families suffering business losses. The reasons for excluding some persons in these groups have been discussed earlier in this Report. Consequently we make the following recommendations.



## **Recommendation 5**

**For the purposes of Recommendations 1 to 4, Statistics Canada should not include full-time students without dependants and persons reporting negative amounts of business income who would otherwise have incomes above the Income Inadequacy Bench Marks.**

## **Recommendation 6**

**Statistics Canada should, for the purposes of this Indicator of Income Inadequacy, extend its Survey of Consumer Finances Questionnaire and Family Expenditure Questionnaire to identify families headed by full-time students and should determine the level of economic resources available to such families, including loans, gifts and liquid assets. Where the Statistics Canada surveys indicate negative self-employment income, additional information is to be asked about past investment losses, assets and family cash flow.**

Several elements of the Committee's proposed Indicator of Income Inadequacy now exist. But as discussed earlier, they often rely upon information collected for other purposes and thus are not well suited as components for a poverty measure. Some information is out of date and information on in-kind benefits is often not available. To make such information more appropriate, we make the following recommendations.

## **Recommendation 7**

**CMHC is to provide to the Minister of National Health and Welfare and Statistics Canada, details and estimates of the value and distribution of housing subsidies available to low income families. Such subsidies are to be taken into account when determining the number of families with inadequate income and the aggregate measure of income inadequacy.**

## **Recommendation 8**

**The Minister of National Health and Welfare is to consult with other social policy agencies having experience in the construction of budgetary guidelines for the poor to determine standards for non-food and non-shelter items to be used in the determination of Income Inadequacy Bench Marks. It is to include such items as allowances for personal needs, clothing, transportation, telephone, cable television and school supplies for children. For single-parent families, the bench marks should include provisions for child care. Statistics Canada is to be instructed to establish price surveys for these items specifically for the purposes of this indicator. Where the prices for the goods and services are location specific, Statistics Canada should seek to accurately reflect local prices.**

**Statistics Canada is to be instructed to undertake special food pricing surveys for the purposes of Agriculture Canada's food baskets. These surveys are to be more flexible than the ones undertaken for the Consumer Price Index. They should, for example, choose package sizes and brands so as to minimize unit costs. Such changes would make the Agriculture Canada food baskets more economical.**

## **Recommendation 9**

**The Minister of National Health and Welfare is to consult with provincial counterparts to determine the extent and distribution of non-cash benefits provided specifically to low-income families and this information is to be made available to Statistics Canada for the purposes of the data to be published according to Recommendations 1 to 4.**

The statistical measures of Statistics Canada are very complicated. Many Canadians do not understand the nature of the low income indicators now produced by Statistics Canada. It is not clear to them just what are the living standards implied by those measures. We think Statistics Canada should identify the changing trends in the standards associated with those measures. If considered appropriate, the agency could also conduct such an analysis for other commonly used indicators.

## **Recommendation 10**

**Statistics Canada is to present an historical analysis of the changing living standards associated with its Low Income Cut-Offs. This analysis should also examine the changing treatment of differing family configurations and be conducted on the basis of the pre-tax and post-tax measures.**

It is, in conclusion, the belief of this Committee that the existing low income indicators of Statistics Canada do not serve us well. This is true of the LICOs and it is true of the LIMs, even though the latter are measures commonly used in academia, here and internationally. Creating a new measure will challenge the conventional wisdom reflected in these older measures. Since Canadians clearly want an official measure of poverty and since we are being judged as though we had such a measure, the Committee believes it is time that one be produced.

In the interim, though, we believe that a concerted effort should be undertaken to stop the misuse of the currently-used measures.

The Committee presents, in addition to existing statistical measures, a new Indicator of Income Inadequacy. We believe that this will provide a better view as to the specific ingredients that go into the make up of poverty. This is essential for the better design of social programs. We also feel that our proposed Indicator of Income Inadequacy will better inform Canadians and the rest of the world about the true state of poverty in this country.







## APPENDIX A

### Witnesses visited in Toronto and Fredericton

---

#### TORONTO

*Daily Bread Food Bank*

Ministry of Community and Social Services

#### FREDERICTON

Department of Income Assistance

Anti-Poverty Association

Fredericton FoodBank





## APPENDIX B

### List of Witnesses

---

Associations and Individuals	Issue	Date
<hr/>		
<b>Statistics Canada:</b> Michael C. Wolfson, Director General, Analytical Studies Branch.	4	Wednesday, February 17, 1993
<b>University of Nipissing:</b> Christopher Sarlo, Professor.	5	Wednesday, February 24, 1993
<b>U.S. Bureau of the Census, Housing and Household Economic Statistics Division:</b> Daniel H. Weinberg, Chief.	6	Wednesday, March 17, 1993
<b>Montreal Diet Dispensary:</b> Marie-Paule Duquette, Director.	7	Wednesday, March 31, 1993
<b>Department of Agriculture Canada:</b> Dr. Laure M. Benzing-Purdie, Director, Government Services and Incentives Division; Garry Hewston, Senior Economist, Government Services and Incentives; Linda Robbins, Development Officer, Consumer Analysis Section.	8	Wednesday, April 21, 1993
<b>Canada Mortgage and Housing Corporation:</b> Jamie Angus, Senior Researcher, Research Division; David Cluff, Director, Program Planning and Analysis Division; John Engeland, Researcher, Research Division; Randy Risk, Manager, Program Monitoring and Analysis Group.	8	Wednesday, April 21, 1993
<b>Simon Fraser University:</b> Jane Friesen, Professor of Economics.	9	Wednesday, May 12, 1993



## **APPENDIX C**

### **Correspondence received by the Sub–Committee**

---







PARLIAMENTARY OFFICE  
36 Wellington Building  
House of Commons  
Ottawa, Canada  
K1A 0A6  
(613) 995-1551  
fax: (613) 943-2010

HOUSE OF COMMONS  
CHAMBRE DES COMMUNES  
OTTAWA, CANADA

CHRIS AXWORTHY, M.P.  
SASKATOON - CLARK'S CROSSING

COMMUNITY OFFICE  
508 23rd Street East  
Saskatoon, Saskatchewan  
S7N 4K7  
(306) 244-7311  
Fax: (306) 244-9945

February 24, 1993

Ms. Barbara Greene  
Chair, Sub-Committee on Poverty  
285 Confederation Building  
House of Commons

Dear Ms. Greene:

It has become obvious that you have used your position as chair of the Sub-committee on Poverty to hijack the committee's agenda in the name of right-wing forces who dismiss poverty in Canada as a figment of our collective imagination. I, for one, refuse to play a part in this manipulation any longer.

What was once a viable means of studying ways to combat poverty in this country, is now a farce. Over the course of the last few weeks, committee members have been forced to sit through testimony related to the statistical definitions and characterizations of poverty. After last week's session I was so incensed that I issued the enclosed press release, only to find out a few days later that Mr. Christopher Sarlo had been called as the next witness.

In his book On Poverty in Canada commissioned by the Fraser Institute, a right wing think tank, Mr. Sarlo make his views on poverty in this country perfectly clear. After coming up with a new definition, he concludes that "poverty is not a major problem in Canada".


I know that Mr. Sarlo is one of the few who seems to share your view of the need, or should I say the abuse, of food banks but this is no reason to have him come to Ottawa, at taxpayer's expense, to fortify your view that poverty in Canada only exists in the minds of social democrats.

Ms. Greene there are millions of people living in poverty in this country. Even Mr. Sarlo admits that estimates placing the number of children living in poverty at one million "may not be an exaggeration" -- a statement that begs the question "what does Mr. Sarlo consider major poverty problem in Canada?"

The government owes it to Canadians, children and adults alike, to find real solutions to the real poverty problems plaguing this country. It is immoral to dismiss the 2.6 million people receiving social assistance as cheats, the two million who visit food banks annually as opportunists and the 1.5 million who are unemployed as lazy "quitters".

I can only speculate as to whether you are acting on your own volition or on the direction of higher authorities in your Party. Regardless of your motivation, you have succeeded in turning the Sub-committee on Poverty into a farce. Only when the committee resumes its investigation into poverty solutions, will I again take my place around the table.

Sincerely,

A handwritten signature in dark ink, appearing to read "Chris Axworthy". The signature is fluid and cursive, with a long horizontal stroke at the end.

Chris Axworthy, MP  
Saskatoon-Clark's Crossing

OTTAWA OFFICE  
Room 412  
Confederation Building  
Tel. (613) 992-7148  
Fax. (613) 996-9125

  
HOUSE OF COMMONS  
CHAMBRE DES COMMUNES  
K1A 0A6



**Dr. Rey D. Pagtakhan, M.P.**

**Member of Parliament for Winnipeg North**

**Liberal Critic for National Health and Welfare  
Vice-Chair, House of Commons Standing Committee on  
Health and Welfare, Social Affairs,  
Seniors and the Status of Women**

WINNIPEG OFFICE  
664 Leila Avenue  
R2V 3N7  
Tel. (204) 983-4729  
Fax. (204) 983-0263

March 16, 1993

Ms. Barbara Greene, M.P.  
Chair, Sub-Committee on Poverty  
Room 285, Confederation Building  
House of Commons

Dear Ms. Greene:

Over the past few weeks I have become increasingly alarmed with the direction in which you have been steering the Sub-committee on Poverty. As chair, you have set an agenda that is biased in the interests of the Conservative government, striving to alter the definition of poverty. Although you have justified this position in the House by saying an altered definition would make poverty more easy to target and fight, I believe your main objective is to redefine poverty for a pre-election polish to the Tory record.

Quite frankly, I believe you are wasting the sub-committee's time and thwarting its potential with your partisanship. However, you have continued along this path despite objections from the Opposition members. In hopes of realizing some benefit from the meetings, I have listened to and questioned witnesses to the sub-committee, coming to the same conclusion I asserted many weeks ago: the *definition* of poverty is not the problem, poverty is the problem.

People living in poverty need more than the basic requirements for physical survival - food, clothing and shelter. They need to maintain a life that will nourish them according to our collective Canadian values, sustaining the whole person and breaking the poverty cycle, not merely keeping them breathing.

I do not feel that your current activities as chair are in any way alleviating the plight of these people. For the last time, I urge you to immediately terminate the proceedings. Please be advised that I would welcome such progressive action on your part and will look forward to the time when we can work together to make this sub-committee effective as a poverty-fighting tool. However, until a new and worthwhile agenda is set before the sub-committee, I will, henceforth, absent myself from its proceedings.

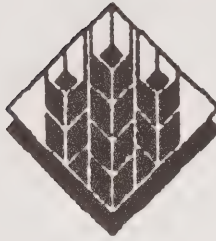
Sincerely,

**ORIGINAL SIGNED BY**

Dr. Rey Pagtakhan  
M.P. for Winnipeg North  
Liberal Critic for National Health and Welfare,  
Vice-chair, Standing Committee on Health and Welfare,  
Social Affairs and the Status of Women

c.c. Alfonso Gagliano, Chief Opposition Whip  
✓ Eugene Morawski, Clerk, Sub-committee on Poverty





## Daily Bread Food Bank

530 LAKE SHORE BLVD. WEST, TORONTO, ONTARIO M5V 1A5

Ph: (416) 360-4402, Fax: (416) 360-3882

Taxation Division Registration Number 0986347-09

April 2, 1993

Mr. Eugene Marowski,  
Clerk,  
Sub-Committee on Poverty of the  
Standing Committee on Health and Welfare  
Ottawa

Transmitted by facsimile

Dear Mr. Marowski,

As you know, Daily Bread is scheduled to depute to the sub-committee on Poverty on April 28, 1993. Following consultations with the Canadian Association of Food Banks, we have decided to decline the opportunity to make a deputation to this committee at this time.

The Canadian Association of Food Banks will be in touch with the committee in the future to outline the reasons for our not testifying more fully.

Yours truly,

Susan Cox  
Assistant Executive Director

c.c. Alan Redway M0



Department of Finance  
Canada

Ministère des Finances  
Canada

Deputy Minister

Sous-ministre

Ottawa, Canada  
K1A 0G5

408 / 100

Ms. Barbara Greene  
Chairperson  
Sub-Committee on Poverty of the  
Standing Committee on Health and  
Welfare, Social Affairs, Seniors  
and the Status of Women  
House of Commons  
Ottawa, Ontario  
K1A 0A6

Dear Ms. Greene:

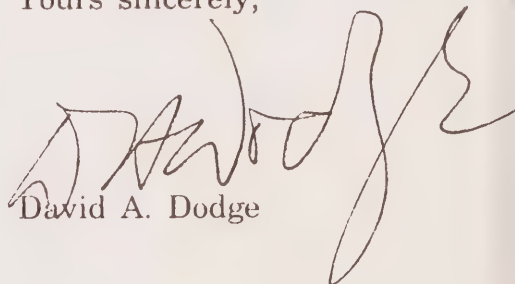
I would like to thank you for inviting the Department of Finance, through the Clerk of the Sub-Committee, to have officials testify as technical experts on the issue of poverty before the Sub-Committee.

Unfortunately, I have, on behalf of the Department, to decline your invitation. I do not think that Finance officials could, from a technical point of view, contribute anything more on the issue of poverty than experts from other Departments, the academic world or interest groups could do. Testimonies of witnesses who have appeared so far seem to confirm that.

Our response should not be construed as a lack of concern on our part about the issues you are pursuing. On the contrary, we believe that there is a real need for a debate in Canada on what is an appropriate definition of poverty and we therefore intend to follow with interest the proceedings of your Sub-Committee.

I personally look forward to the report of the Sub-Committee.

Yours sincerely,



David A. Dodge

Canada



HOUSE OF COMMONS  
OTTAWA CANADA  
K1A 0A6

Room 285 CB  
House of Commons  
Ottawa, Ontario  
K1A 0A6  
(613) 995-8913  
FAX (613) 996-7329

Barbara Greene, M.P.  
Don Valley North

April 5, 1993  
Ottawa, Ontario

Mr. Francois Dumaine  
Acting Director  
National Anti-Poverty Organization  
316-256 King Edward Avenue  
Ottawa, Ontario  
K1N 7M1

COPY  
COPIE

Dear Mr. Dumaine:

The Sub-Committee on Poverty of the Standing Committee on Health and Welfare has initiated a study of Poverty Measures and the Uses Thereof with a view to establishing new measures of poverty, possibly a basic needs line and a "comfort" line. These could lead to national standards for welfare and the establishment of income goals to eliminate child poverty by the year 2000.

As you know Statistics Canada Low Income Measures were never intended as poverty lines. They tell us about inequality of income but not standard of living. Eliminating Child poverty by using the LICOs as our measure of poverty would require that the range of incomes be reduced. This would not necessarily lead to an improvement in the standard of living of the poor. Indeed having a narrower range of income in our society could mean that standard of living would drop for many Canadians.

The sub-committee has heard from various experts in the field and has invited your organization to appear before the committee to express your views. The clerk of our committee has advised me that you have declined to appear.

The Liberal and New Democratic Party have submitted letters stating why they have decided not to participate in the study. We plan to include these in an appendix to the report.

We invite you to also submit a letter outlining why you do not wish to submit your views on this important issue. We will also include these in the appendix along with our list of witnesses who have felt that the issue of having objective, attainable standards is an important one.



Your cooperation in this matter is greatly appreciated and should more information be needed, please do not hesitate to contact the Clerk of the Committee, Mr. Eugene Morawski at 992-1775.

Yours truly,



Barbara Greene, M.P.

Don Valley North

Chair, Sub-Committee on Poverty of the Standing  
of Health and Welfare, Social Affairs, Seniors  
and the Status of Women

copy: Board of Directors, NAPO

COPY  
COPY



173 Ravel Road  
Willowdale, Ontario  
M2H 1T1  
(416) 493-1994  
X (416) 493-0073



Room 285 CB  
House of Commons  
Ottawa, Ontario  
K1A 0A6  
(613) 995-8913  
FAX (613) 996-7329

Barbara Greene, M.P.  
Don Valley North

April 5, 1993  
Ottawa, Ontario

Mr. Patrick Johnston  
Executive Director  
Canadian Council on Social Development  
5 Parkdale Ave.  
Station C, P.O. Box 3505  
Ottawa, Ontario  
K1Y 4G1

COPY  
COPIE

Dear Mr. Johnston:

The Sub-Committee on Poverty of the Standing Committee on Health and Welfare has initiated a study of Poverty Measures and the Uses Thereof with a view to establishing new measures of poverty, possibly a basic needs line and a "comfort" line. These could lead to national standards for welfare and the establishment of income goals to eliminate child poverty by the year 2000.

As you know Statistics Canada Low Income Measures were never intended as poverty lines. They tell us about inequality of income but not standard of living. Eliminating Child poverty by using the LICOs as our measure of poverty would require that the range of incomes be reduced. This would not necessarily lead to an improvement in the standard of living of the poor. Indeed having a narrower range of income in our society could mean that standard of living would drop for many Canadians.

The sub-committee has heard from various experts in the field and has invited your organization to appear before the committee to express your views. The clerk of our committee has advised me that you have declined to appear.

The Liberal and New Democratic Party have submitted letters stating why they have decided not to participate in the study. We plan to include these in an appendix to the report.



I invite you to also submit a letter outlining why you do not wish to submit your views on this important issue. We will also include these in the appendix along with our list of witnesses who have felt that the issue of having objective, attainable standards is an important one.

Your cooperation in this matter is greatly appreciated and should more information be needed, please do not hesitate to contact the Clerk of the Committee, Mr. Eugene Morawski at 992-1775.

Yours truly,



Barbara Greene, M.P.

Don Valley North

Chair, Sub-Committee on Poverty of the Standing  
of Health and Welfare, Social Affairs, Seniors  
and the Status of Women

copy: Board of Governors, CCSD

COPY  
COPY

16 April, 1993

Mr. Brian Tobin  
Member of Parliament  
822 Confederation Building  
House of Commons  
Ottawa, Ontario  
K1A 0A6

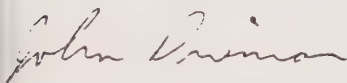
John Drieman  
89 Windsor Street  
Corner Brook, NF  
A2H 6S5

Dear Mr. Tobin:

I recently read in The Globe and Mail that the Liberal Party, among others, are boycotting the public hearings of the subcommittee on poverty. I think it is high time that Canada change its definition of poverty from relative to absolute. Any economist can tell you that you cannot eliminate or reduce poverty as measured against mean national incomes. Absolute poverty, however, as defined by a minimum income required to buy the essentials of life, can be reduced much more effectively if our resources target those absolute poor rather than the broader group of relative poor.

As such I am not in agreement with your Party's action with respect to the poverty subcommittee. Also, I want to request of you to submit my opinion to the subcommittee. Thank you.

Sincerely yours,



John Drieman

April 21, 1993

Barbara Greene, M.P.  
Don Valley North  
Room 285 CB, House of Commons  
Ottawa, Ontario  
K1A 0A6

Dear Ms. Greene:

We are replying to your letter of April 5, 1993 about the Sub-Committee on Poverty of the Standing Committee on Health and Welfare and the decision of the groups identified below not to appear before the committee.

As you know, the issue of poverty is of utmost concern to all of our organizations and the people we represent. In fact, most of us participated in the previous work of the Sub-Committee that resulted in a report on child poverty.

Our decision not to appear before the Sub-Committee, therefore, does not indicate a lack of concern about the subject matter. It was taken for a variety of other reasons some of which are detailed below:

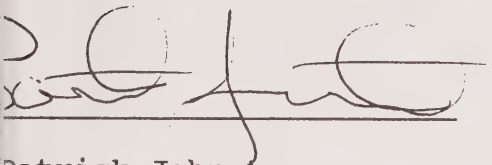
- \* it was clear from the outset that this was not to be an objective study of poverty measures. You have publicly expressed your views about the shortcomings of Statistics Canada's Low-income Cut-offs and the need for a new measure. It appeared to us that the committee was undertaking a study the outcome of which was already pre-determined
- \* we are very concerned about the lack of all-party support for and involvement in the deliberations of the Sub-Committee. The subject of poverty can be an emotional and controversial one. Any change in our current approach to poverty requires a broad consensus that would have been reflected by the participation of all parties.
- \* the work of the Sub-Committee is duplicating the efforts of the government's own agency Statistics Canada which completed a comprehensive review of existing low income measures in September 1991. Some of our organizations participated in that review as well.



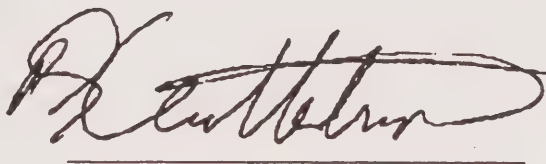
\* whether it is the situation confronting families like those living in Davis Inlet or the thousands of Canadians who are homeless, there are more than enough examples of Canadians who are living in abject poverty. Rather than undertaking a somewhat academic exercise about poverty measures, we believe the work of the committee would have been much better spent trying to develop concrete proposals to alleviate the plight of those who are obviously poor and destitute.

While not exhaustive, the factors cited above are the most important reasons underlying our decision not to appear before the Sub-Committee.

Yours sincerely,



Patrick Johnston  
Executive Director  
Canadian Council on Social  
Development



Peter Clutterbuck  
Executive Director  
Metro Toronto Social Planning  
Council



François Dumaine  
Acting Executive Director  
National Anti Poverty  
Organization



David Northcott  
Chair  
Canadian Association of Food  
Banks

cc: Chris Axworthy - M.P. Saskatoon - Clark's Crossing  
Rey Pagtakhan - M.P. Winnipeg North



## Request for Government Response

Your Committee requests that the Government table a comprehensive response to this report.

A copy of the relevant Minutes of Proceedings and Evidence (*Issue No. 22, which includes this report*) is tabled.

Respectfully submitted,

BARBARA GREENE,  
*Chair.*





# MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, JUNE 8, 1993  
(28)

[Text]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met *in camera* at 9:01 o'clock a.m. this day, in Room 208, West Block, the Chair, Barbara Greene, presiding.

*Members of the Committee present:* Edna Anderson, Barbara Greene, Jean-Luc Joncas, Barbara Sparrow and Stan Wilbee.

*Acting Member present:* Albina Guarnieri for David Walker.

*Other Member present:* Alan Redway.

*In attendance:* From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore, Researcher and Marion Wrobel, Senior Analyst.

The Committee proceeded to consideration of a draft report.

It was moved,—That the Committee ask the Chair to present the Second Report of the Sub-Committee on Poverty as the Eighth Report of the Standing Committee to the House of Commons.

After debate, the question being put on the motion, it was agreed to by a show of hands: Yeas: 4, Nays: 1.

It was moved,—That pursuant to Standing Order 109, the Committee request that the Government table a comprehensive response to this Report.

After debate, the question being put on the motion, it was agreed to by a show of hands: Yeas: 4, Nays: 1.

It was moved,—That the Committee print 3 000 copies of this Report, in tumble bilingual format, with a distinctive cover page.

After debate, the question being put on the motion, it was agreed to by a show of hands: Yeas: 4, Nays: 1.

At 9:10 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Eugene Morawski  
*Clerk of the Committee*





# PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 8 JUIN 1993  
(28)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit à huis clos à 9 h 01, dans la salle 208 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Barbara Greene (*présidente*).

*Membres du Comité présents:* Edna Anderson, Barbara Greene, Jean-Luc Joncas, Barbara Sparrow et Stan Wilbee.

*Membre suppléant présent:* Albina Guarnieri remplace David Walker.

*Autre député présent:* Alan Redway

*Aussi présents:* Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore, attachée de recherche, et Marion Wrobel, analyste principal.

Le Comité examine un projet de rapport.

Il est proposé,—Que le Comité demande à la présidente de présenter à la Chambre des communes le Deuxième rapport du Sous-comité de la pauvreté (Huitième rapport du Comité permanent).

Après débat, la motion, mise aux voix à main levée, est adoptée par 4 voix contre 1.

Il est proposé,—Qu'en application de l'article 109 du Règlement, le Comité demande au gouvernement une réponse globale au rapport.

Après débat, la motion, mise aux voix à main levée, est adoptée par 4 voix contre 1.

Il est proposé,—Que le Comité fasse tirer 3 000 exemplaires du rapport, format bilingue, tête-bêche, avec couverture spéciale.

Après débat, la motion, mise aux voix à main levée, est adoptée par 4 voix contre 1.

À 9 h 10, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidente.

*Le greffier du Comité*

Eugene Morawski





## **Demande de réponse du gouvernement**

Le Comité prie le gouvernement de déposer une réponse globale à ce rapport.

Un exemplaire des Procès-verbaux et témoignages pertinents (*fascicule n° 22 qui comprend présent rapport*) est déposé.

Respectueusement soumis,

*La présidence,*

BARBARA GREENE.



\* Qu'il s'agisse de la situation des familles comme celles de Davis Inlet ou de celle des milliers de Canadiens sans abri, les exemples de Canadiens vivant dans la misère sont plus que nombreux. Plutôt que de se livrer à un examen vaguement théorique des indices de pauvreté, le Comité aurait beaucoup mieux fait de se consacrer à la formulation de propositions concrètes pour améliorer le sort de ceux dont la pauvreté et le dénuement sont évidents.

Sans être exhaustive, la liste qui précède résume les principales raisons pour lesquelles nous avons refusé de comparaître devant le sous-comité.

Veillez agréer, Madame, l'expression de nos sentiments distingués.

Le directeur administratif  
du Conseil canadien de  
développement social,

Le directeur administratif  
du Metro Toronto Social  
Planning Council,

Patrick Johnston

Peter Clutterbuck

Le directeur administratif  
intérimaire de l'Organisation  
nationale anti-pauvreté,

Le président de l'Association  
canadienne des banques  
alimentaires,

François Duhaime

David Northcott

c.c.: Chris Axworthy - député de Saskatoon - Clark's Crossing  
Rey Pagtakhan - député de Winnipeg-Nord



Le 21 avril 1993

Barbara Greene, députée  
Don Valley-Nord  
Pièce 285, édifice du Centre  
Chambre des communes  
Ottawa (Ontario)  
K1A 0A6

Madame,

J'accuse réception de votre lettre du 5 avril 1993 au sujet de la décision des groupes énumérés ci-dessous de ne pas comparaître devant le Sous-comité sur la pauvreté du Comité permanent de la santé.

Comme vous le savez, la question de la pauvreté est un enjeu de plus haute importance pour tous les organismes et toutes les personnes que nous représentons. D'ailleurs, la plupart d'entre nous avons participé aux travaux antérieurs du Sous-comité qui ont donné lieu à la publication d'un rapport sur la pauvreté dans l'enfance.

Notre décision de ne pas comparaître devant le Sous-comité n'est pas d'un manque d'intérêt de notre part à l'égard de cette question. Elle est attribuable à diverses autres raisons dont certaines sont exposées ci-dessous:

\* Il était clair au départ que cette étude des indices de pauvreté n'allait pas être objective. Vous avez publiquement exprimé votre point de vue sur les lacunes des seuils de faible revenu de Statistique Canada et sur la nécessité d'avoir recours à un nouvel indice. Il nous a semblé que les conclusions de l'étude étaient décidées à l'avance.

\* Nous nous interrogeons sérieusement sur le peu d'appui et de participation dont ont fait l'objet les travaux du Sous-comité de la part des différents partis. La pauvreté est un sujet qui peut soulever de l'émotivité et de la controverse. Toute modification à notre façon actuelle de l'aborder exige un vaste consensus que seule la participation de tous les partis aurait rendu possible.

\* Les travaux du Sous-comité font double emploi avec ceux d'autres mandataires du gouvernement, en l'occurrence Statistique Canada, qui a terminé une étude exhaustive des indices actuels de faible revenu en septembre 1991. Certains des organismes que nous représentons ont eux aussi participé à cette étude.

Le 16 avril 1993

M. Brian Tobin

Député

822, édifice de la Confédération

Chambre des communes

Ottawa (Ontario)

K1A 0A6

Monsieur,

J'ai lu récemment dans le Globe and Mail que le Parti libéral, entre autres, boycotte les audiences publiques du sous-comité de la pauvreté. J'estime qu'il est grand temps que le Canada change sa définition de la pauvreté et abandonne la notion de pauvreté relative pour adopter celle de pauvreté absolue. Tous les économistes vous diront qu'il est impossible d'éliminer ou de réduire la pauvreté mesurée en fonction des revenus nationaux moyens. La pauvreté absolue par contre, définie selon un revenu minimum nécessaire pour acheter les articles nécessaires à la vie courante, peut être réduite beaucoup plus efficacement si nos ressources sont axées sur ceux qui vivent dans une pauvreté absolue plutôt que sur le groupe plus général que constituent ceux qui vivent dans une pauvreté relative.

C'est pourquoi je ne suis pas d'accord avec les mesures prises par votre Parti en ce qui concerne le sous-comité de la pauvreté. J'aimerais également que vous communiquiez mon opinion au sous-comité.

Je vous remercie et je vous prie d'agréer, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

John Drieman

Nous vous saurions gré de votre collaboration à cet égard. Si vous avez besoin de plus de précisions, n'hésitez pas à communiquer avec le greffier du Sous-comité, M. Eugene Morawski, en composant 1 992-1775.

Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de nos sentiments distingués.

La députée de Don Valley-Nord et  
présidente du Sous-comité sur la pauvreté du Comité  
permanant de la santé et du bien-être social,  
des affaires sociales, du troisième âge et  
de la condition féminine,

Barbara Greene

c.c.. : Conseil d'administration du CCDS

le 5 avril 1993  
Ottawa (Ontario)

Monsieur Patrick Johnston  
Directeur exécutif  
Conseil canadien de développement social  
55, ave. Parkdale  
C.P. 3505, Succ. C  
Ottawa (Ontario)  
K1Y 4G1

Monsieur,

Le Sous-comité sur la pauvreté du Comité permanent de la santé et du bien-être social a entrepris de se pencher sur les indices de pauvreté et leur utilisation en vue d'en mettre au point de nouveaux qui, dans la mesure du possible, permettraient de fixer un seuil de besoins fondamentaux ainsi qu'un seuil de "confort". Cette étude pourrait mener à la formulation de normes nationales en matière de bien-être social et à l'établissement d'objectifs de revenus pour éliminer la pauvreté chez les enfants d'ici l'an 2000.

Comme vous le savez, les indices de faible revenu de Statistique Canada n'ont jamais été conçus pour tenir lieu de seuils de pauvreté. Ils nous renseignent sur l'inégalité des revenus mais non sur le niveau de vie. L'élimination de la pauvreté chez les enfants à partir des seuils de faible revenu comme indice de pauvreté exigerait une réduction de l'échelle de revenus, sans que cela n'améliore nécessairement le niveau de vie des pauvres. En fait, le rétrécissement de l'échelle de revenus dans notre société pourrait signifier, pour bon nombre de Canadiens, une diminution de leur niveau de vie.

Le Sous-comité a entendu le témoignage de différents experts en la matière et a invité votre organisme à comparaître pour lui exposer son point de vue. Notre greffier nous a cependant informé que vous aviez décliné notre invitation.

Le Parti libéral et le Nouveau Parti démocratique nous ont fait parvenir des lettres pour expliquer leur refus de participer à l'étude. Nous prévoyons les publier en annexe au rapport.

Je vous invite vous aussi à nous exposer dans une lettre les raisons pour lesquelles vous préférerez ne pas nous faire partager votre point de vue sur cette importante question. Nous en ferons également état en annexe, avec la liste des témoins qui, eux, ont à cœur l'établissement de normes objectives et réalistes en la matière.



Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de nos sentiments distingués.

La députée de Don Valley-Nord et  
présidente du sous-comité sur la pauvreté du Comité  
permanent de la santé et du bien-être social,  
des affaires sociales, du troisième âge et  
de la condition féminine,

Barbara Greene

c.c.: conseil d'administration de l'ONAP

le 5 avril 1993  
Ottawa (Ontario)

Monsieur François Duhaime  
Directeur Intérimaire  
Organisation nationale anti-pauvreté  
816-256, avenue King Edward  
Ottawa (Ontario)  
K1N 7M1

Monsieur,

Le Sous-comité sur la pauvreté du Comité permanent de la santé et du bien-être social a entrepris de se pencher sur les indices de pauvreté et leur utilisation en vue d'en mettre au point de nouveaux qui, dans la mesure du possible, permettraient de fixer un seuil de besoins fondamentaux ainsi qu'un seuil de "confort". Cette étude pourrait mener à la formulation de normes nationales en matière de bien-être social et à l'établissement d'objectifs de revenus pour éliminer la pauvreté chez les enfants d'ici l'an 2000.

Comme vous le savez, les indices de faible revenu de Statistique Canada n'ont jamais été conçus pour tenir lieu de seuils de pauvreté. Ils nous renseignent sur l'inégalité des revenus mais non sur le niveau de vie. L'élimination de la pauvreté chez les enfants à partir des seuils de faible revenu comme indice de pauvreté exigerait une réduction de l'échelle de revenus, sans que cela n'améliore nécessairement le niveau de vie des pauvres. En fait, le rétrécissement de l'échelle de revenus dans notre société pourrait signifier, pour bon nombre de Canadiens, une diminution de leur niveau de vie.

Le Sous-comité a entendu le témoignage de différents experts en la matière et a invité votre organisme à comparaître pour lui exposer son point de vue. Notre greffier nous a cependant informé que vous aviez décliné notre invitation.

Le Parti libéral et le Nouveau Parti démocratique nous ont fait parvenir des lettres pour expliquer leur refus de participer à l'étude. Nous prévoyons les publier en annexe au rapport.

Je vous invite vous aussi à nous exposer dans une lettre les raisons pour lesquelles vous préférerez ne pas nous faire partager votre point de vue sur cette importante question. Nous en ferons également état en annexe, avec la liste des témoins qui, eux, ont à cœur l'établissement de normes objectives et réalistes en la matière.

Nous vous saurions gré de votre collaboration à cet égard. Si vous avez besoin de plus de précisions, n'hésitez pas à communiquer avec le greffier du Sous-comité, M. Eugene Morawski, en composant le 992-1775.

Madame Barbara Greene  
Présidente

Sous-comité sur la pauvreté du  
Comité permanent de la santé  
et du bien-être social, des  
affaires sociales, du troisième  
âge et de la condition féminine  
Chambre des communes  
Ottawa (Ontario)  
K1A 0A6

Madame,

Je tiens à vous remercier d'avoir invité le ministre des  
Finances, par l'intermédiaire de votre greffier, à envoyer des  
représentants pour témoigner devant le Sous-comité, à titre  
d'experts techniques, sur la question de la pauvreté.

Malheureusement, je dois, au nom du ministre, décliner  
votre invitation. Je ne crois pas que les représentants des  
Finances pourraient, d'un point de vue technique, vous être d'une  
plus grande utilité qu'ont pu l'être ceux des autres ministères,  
des milieux universitaires ou des groupes d'intérêt. Les  
témoignages des témoins entendus jusqu'ici semble d'ailleurs  
confirmer ce point de vue.

Notre réponse ne doit pas être interprétée comme un  
manque d'intérêt de notre part à l'égard des questions dont vous  
faites l'étude. Au contraire, nous croyons qu'il doit y avoir un  
véritable débat au Canada sur la façon de bien définir la pauvreté.  
Nous comptons donc suivre avec intérêt les travaux de votre Sous-  
comité.

Il me tarde personnellement de prendre connaissance du  
rapport du Sous-comité.

Veuillez agréer, Madame, l'expression de nos sentiments  
distingués.

David A. Dodge

Monsieur Eugene Morawski  
Greffier  
Sous-comité sur la pauvreté  
Comité permanent de la santé et du bien-être social  
Ottawa

Le 2 avril 1993

Monsieur,

Comme vous le savez, notre organisme est censé comparaître devant le Sous-comité sur la pauvreté, le 28 avril prochain. Après avoir consulté l'Association canadienne des banques alimentaires, nous avons décidé de décliner l'invitation, cependant.

L'Association canadienne des banques alimentaires communiquera avec le Comité afin d'expliquer les raisons de ce refus.  
Agréer, Monsieur, mes salutations distinguées.

La directrice exécutive  
adjointe,

Susan Cox

c.c. : Alan Redway, député



Votre activité actuelle en tant que présidente du Sous-comité est loin de contribuer à soulager la misère des pauvres. Pour dernière fois, je vous demande instamment de mettre fin immédiatement à ces délibérations. Soyez assurée que je réjouirais d'une mesure aussi progressiste et qu'il me tarderait de collaborer avec vous à faire de ce Sous-comité un outil vraiment efficace de lutte à la pauvreté. Entre-temps, je m'abstiendrai toutefois d'assister aux réunions.

Veuillez agréer, Madame, mes salutations distinguées.

(signature)

M. Rey Pagtakhian,

député de Winnipeg-Nord,  
porte-parole des Libéraux  
en matière de santé  
nationale et de bien-être  
social et

vice-président du Comité  
permanent de la santé et  
du bien-être social, des  
affaires sociales, d'  
troisième âge et de la  
condition féminine

c.c. : M. Alfonso Gagliano, whip en chef de l'opposition  
M. Eugene Morawski, greffier, Sous-comité sur la pauvreté

Madame Barbara Greene, députée  
présidente  
sous-comité sur la pauvreté  
pièce 285  
bâtiment de la Confédération  
chambre des communes

Le 16 mars 1993

Madame,

L'orientation que prennent les travaux du sous-comité sur la pauvreté m'inquiète de plus en plus depuis quelques semaines. En tant que présidente, vous avez établi un programme qui cadre avec les intérêts du gouvernement conservateur, entre autres en cherchant à redéfinir la pauvreté. Même si vous avez justifié ce geste à la Chambre en affirmant que la nouvelle définition rendrait la pauvreté plus facile à cibler et à combattre, je demeure convaincu que vous visiez essentiellement à redorer le blason des conservateurs à la veille des élections.

En toute franchise, j'estime que votre partialité fait perdre du temps au sous-comité et lui enlève des moyens d'action. Or, vous persistez dans cette voie en dépit des objections formulées par les membres de l'opposition. Dans l'espoir de rendre les réunions utiles, j'ai écouté les témoins entendus par le sous-comité et je leur ai posé des questions. Cet exercice n'a fait que confirmer la conclusion que j'avais tirée, il y a de cela de nombreuses semaines: la source du problème n'est pas tant la définition de la pauvreté que la pauvreté comme telle.

Pour briser le cercle vicieux de la pauvreté, il faut offrir aux démunis plus que les nécessités de la vie, soit de quoi se nourrir, se vêtir et s'abriter. Il ne s'agit pas seulement de les maintenir en vie. Il faut aussi leur donner les moyens de se réaliser pleinement en fonction des valeurs collectives de notre société.

Le gouvernement a l'obligation à l'égard des Canadiens, enfants comme adultes, de trouver des solutions concrètes au problème réel de la pauvreté qui sévit dans notre pays. Il est immoral de taxer les 2,6 millions d'assistés sociaux de fraude, les de millions de personnes qui ont recours aux banques alimentaires chaque année d'opportunisme et les 1,5 million de chômeurs lâcheté et de paresse.

J'en suis réduit à me demander si vous agissez de votre propre chef ou sur ordre d'autorités supérieures de votre parti. Quoi qu'il soit, vous avez réussi à tourner en ridicule le Sous-comité sur la pauvreté. Je ne reprendrai ma place au sein de celui-ci que lorsque le Sous-comité reviendra à l'étude de solutions à la pauvreté.

Agrez, Madame, mes salutations distinguées.

(signature)

Chris Axworthy, député  
Saskatoon-Clark's Crossin

Le 24 février 1993

Madame,

Les circonstances m'obligent à constater que vous êtes servie de la présidence du sous-comité sur la pauvreté pour détourner le programme de celui-ci aux fins des forces de la droite qui nient l'existence de la pauvreté au Canada, phénomène qui serait, selon elles, issu de notre imaginaire collectif.

Le Sous-comité, qui auparavant représentait un moyen utile d'étudier les façons de lutter contre la pauvreté au pays, frise maintenant le grotesque. Durant les quelques dernières semaines, les membres ont dû se soumettre à des témoignages portant sur la définition statistique de la pauvreté. La séance de la semaine dernière m'a tellement outré que j'ai diffusé le communiqué ci-joint, uniquement pour apprendre, quelques jours plus tard, que M. Christopher Sarlo était le prochain témoin à comparaître.

Dans son livre, intitulé On Poverty in Canada, commandé par l'Institut Fraser, laboratoire de pensée de la droite, M. Sarlo explique parfaitement bien ses vues au sujet de la pauvreté au Canada. Ainsi, il conclut, après avoir donné une nouvelle définition du phénomène, que la pauvreté n'est pas un problème de taille au Canada.

Je sais que M. Sarlo est l'un des quelques élus qui semblent partager vos vues concernant le besoin - ou devrais-je plutôt dire l'abus - des banques alimentaires, mais ce n'est pas une raison pour l'inviter à Ottawa, aux frais des contribuables, à la seule fin de confirmer votre opinion que la pauvreté au Canada n'est qu'une invention des sociaux-démocrates.

Permettez-moi, Madame, de vous rappeler que des millions de Canadiens vivent dans la pauvreté. M. Sarlo lui-même admet qu'il n'est peut-être pas exagéré de parler d'un million d'enfants pauvres au Canada. C'est à se demander ce que M. Sarlo estime être un problème de taille.





## ANNEXE C

Correspondance reçue par le Sous-comité

---



# ANNEXE B

## Liste des témoins

Organisations et particuliers	Fascicule	Date
<b>Statistique Canada :</b> Michael C. Wolfson, directeur général, Direction des études analytiques.	4	Le mercredi 17 février 1993
<b>Université de Nipissing :</b> Christopher Sarlo, professeur.	5	Le mercredi 24 février 1993
<b>U.S. Bureau of the Census, Housing and Household Economic Statistics Division :</b> Daniel H. Weinberg, chef.	6	Le mercredi 17 mars 1993
<b>Dispensaire diététique de Montréal :</b> Marie-Paule Duquette, directrice.	7	Le mercredi 31 mars 1993
<b>Ministère d'Agriculture Canada :</b> Dr Laure M. Benzling-Purdie, directrice, Division des services gouvernementaux et incitatifs; Garry Hewston, économiste principal, Services gouvernementaux et incitatifs; Linda Robbins, agent de développement, Section de l'analyse des tendances de la consommation.	8	Le mercredi 21 avril 1993
<b>Société canadienne d'hypothèques et de logement :</b> Jamie Angus, chercheur principal, Division de la recherche; David Cluff, directeur, Division de la planification et de l'analyse des programmes; John Engeland, chercheur, Division de la recherche; Randy Risk, directeur, Groupe de l'analyse et du contrôle des programmes.	8	Le mercredi 21 avril 1993
<b>Université Simon Fraser:</b> Jane Friesen, professeur d'économique.	9	Le mercredi 12 mai 1993





**ANNEXE A**

**Témoins entendus à Toronto et Fredericton**

---

**TORONTO**

*Daily Bread Food Bank*

Ministère de Santé et Services communautaires

**FREDERICTON**

Département de l'Aide au revenu

Association anti-pauvreté

Banque alimentaire de Fredericton



Le Comité présente, outre les statistiques existantes, un nouvel indicateur de l'insuffisance des revenus, qui permettra de mieux dégager les éléments particuliers qui sont responsables de la pauvreté. Cet élément est essentiel pour élaborer de meilleurs programmes sociaux. Le Comité est également d'avis que cet indicateur renseignera mieux nos concitoyens et les étrangers sur la véritable situation au Canada.



liés à l'alimentation ou au logement aux fins de l'établissement des niveaux repères de l'insuffisance des revenus. Il faudrait y inclure entre autres des allocations pour les besoins personnels, l'habillement, le transport, le téléphone, la télévision par câble et les fournitures scolaires pour les enfants. En ce qui concerne les familles monoparentales, ces niveaux repères devraient tenir compte des frais de garde. Statistique Canada devrait être chargé de concevoir des enquêtes sur les prix spécifiques de ces articles afin de permettre la compilation de cet indicateur. Lorsque les prix des biens et des services sont particuliers à un endroit, Statistique Canada devrait s'efforcer de rendre compte exactement des prix locaux.

Il sera demandé à Statistique Canada de procéder à des enquêtes spéciales sur le prix des aliments, dont Agriculture Canada se servira pour établir le prix du panier à provisions. Ces enquêtes devront présenter plus de souplesse que celles menées en vue de l'établissement de l'indice des prix à la consommation. Ainsi, par exemple, il faudra tenir compte du prix d'articles conditionnés en nombre, pour réduire les coûts unitaires. Ces modifications devraient rendre plus économique le panier à provisions établi par Agriculture Canada.

## Recommandation 9

Le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social devrait consulter ses homologues provinciaux afin de déterminer l'importance et la répartition des avantages matériels accordés de façon spécifique aux familles à faible revenu, et cette information devrait être transmise à Statistique Canada aux fins des données qui seront publiées relativement aux recommandations 1 à 4.

Les mesures statistiques établies par Statistique Canada sont souvent très compliquées. Beaucoup de Canadiens ne comprennent pas en quoi consistent les indicateurs de faible revenu produits à l'heure actuelle par Statistique Canada. Ils voient mal ce que sont les niveaux de vie qui supposent ces mesures. Nous estimons que Statistique Canada devrait déterminer l'évolution de niveaux de vie associés à ces mesures. Ce ministère pourrait également, le cas échéant, procéder à une analyse des autres indicateurs couramment utilisés.

## Recommandation 10

Statistique Canada devrait publier une analyse chronologique de l'évolution des niveaux de vie associés à ses seuils de faible revenu. Cette analyse devrait aussi permettre de déterminer si les divers types de familles ont été traités différemment au fil des années et devrait se faire en fonction de mesures avant et après impôt.

En conclusion, le Comité estime que les indicateurs de faible revenu actuellement utilisés par Statistique Canada ne nous sont pas utiles. Cela vaut autant pour les seuils de faible revenu (SFR) que pour les mesures de faible revenu (MFR), bien que ces dernières soient couramment utilisées dans les milieux universitaires, ici et à l'étranger. La création d'une nouvelle mesure remettra en question les idées toutes faites qui se cachent derrière ces anciennes mesures. Puisqu'il existe d'une mesure officielle de la pauvreté est clairement le vœu des Canadiens et que nous sommes jugés comme si nous en avions une, le Comité croit qu'il est temps que nous nous dotons d'une telle mesure.

Dans l'intervalle, nous croyons cependant qu'un effort concerté doit être fait pour mettre fin à l'utilisation erronée des mesures actuelles.

#### Recommandation 4

Statistique Canada devrait aussi publier ces données détaillées pour les personnes vivant dans des familles dont les revenus se situent entre le niveau repère de l'insuffisance des revenus et ce niveau majoré de 25 p. 100 et de 50 p. 100.

Selon certains témoignages entendus par le Comité, le dénombrement des pauvres au Canada englobe des particuliers et des familles dont les revenus déclarés ne donnent pas une bonne indication de leur bien-être économique. Les familles qui appartiennent à ces catégories comprennent des étudiants à temps plein ou des propriétaires et des familles qui essuient des pertes commerciales. On a discuté plus tôt dans le présent rapport des raisons pour lesquelles certaines personnes appartenant à ces groupes ont été exclues. Par conséquent, nous formulons les recommandations suivantes.

#### Recommandation 5

Aux fins des recommandations 1 à 4, Statistique Canada ne devrait pas inclure les étudiants à plein temps sans personne à charge ni les personnes dont les pertes d'entreprises font passer le revenu sous la barre du zéro et qui, autrement, auraient un revenu supérieur à l'indicateur de l'insuffisance de revenus.

#### Recommandation 6

Statistique Canada devrait, aux fins de cet indicateur de revenus insuffisants, élargir la portée de ses questionnaires sur les finances des consommateurs et sur les dépenses familiales afin de déterminer les familles dont le ou les chefs sont des étudiants à temps plein; il devrait également établir le niveau des ressources économiques dont disposent de telles familles, y compris les prêts, les cadeaux et les liquidités. Lorsque les enquêtes de Statistique Canada indiquent un revenu de travail indépendant négatif, il faudrait poser des questions supplémentaires sur les pertes sur placements, l'actif et les liquidités des familles.

Plusieurs des éléments de l'indicateur de l'insuffisance de revenus proposé par le Comité existent déjà. Cependant, comme nous en avons discuté plus tôt, ils s'appuient souvent sur des renseignements recueillis à d'autres fins et, par conséquent, ne conviennent pas en tant que composantes d'une mesure de la pauvreté. Certains renseignements ne sont pas à jour, et souvent, on ne dispose d'ancienne donnée sur les avantages matériels. Les enquêtes font souvent fi de la situation du marché local et des habitudes de consommation. Pour rendre ces renseignements plus pertinents, nous formulons les recommandations suivantes.

#### Recommandation 7

La SCHL devrait fournir au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social ainsi qu'à Statistique Canada des données détaillées et estimatives sur la valeur et la répartition des subventions au logement versées aux familles à faible revenu. Ces subventions devraient être prises en compte au moment d'établir le nombre de familles ne disposant pas de revenus suffisants et la mesure globale de l'insuffisance des revenus.

#### Recommandation 8

Le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social devrait consulter d'autres organismes sociaux ayant déjà établi des lignes directrices budgétaires à l'intention des pauvres afin de déterminer les normes à utiliser pour les articles non



orienter les rares ressources publiées dont nous disposons mais à fausser l'idée que nous nous faisons de la façon dont notre société devrait fonctionner. En outre, ces mesures ne tiennent pas compte de l'amélioration du niveau de vie qui se produit avec le temps. La pauvreté est un problème qui inquiète le Comité. Celui-ci est soucieux de la nécessité de donner aux familles la possibilité de mener une vie saine. Par conséquent, nous formulons recommandations suivantes en vue de l'adoption d'une nouvelle mesure *réelle* de la pauvreté.

### Recommandation 1

Le Sous-comité recommande que le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social entreprenne, en collaboration avec d'autres ministères fédéraux, l'élaboration d'un «indicateur de revenus insuffisants» pour les familles au Canada. Cet indicateur évaluerait le *niveau de vie* des familles canadiennes à faible revenu et comparerait ce niveau de vie à «une mesure de l'insuffisance des revenus», lesquelles représenteraient le niveau en deçà duquel les familles auraient beaucoup de difficulté à vivre dans des conditions acceptables.

Ce niveau repère serait fondé sur les *biens et services nécessaires* au maintien d'un niveau de vie suffisant, ainsi que sur les ressources requises pour se procurer ces biens et services. Il devrait tenir compte de l'impôt sur le revenu et des avantages matériels accordés aux familles ou particuliers.

Des données repères devraient être établies en fonction des différents aspects de la vie des familles. Le logement constitue un élément important des produits de première nécessité, et des données repères devraient être obtenues sur le coût du logement dans toute une gamme de marchés. De plus, puisque les provinces appliquent des taux d'imposition sur le revenu différents, des données repères devraient être préparées pour chaque province et territoire. Enfin, les données devraient être conçues de manière à tenir compte des besoins différents des familles dans diverses circonstances, comme pour les familles monoparentales. Elles devraient correspondre au même niveau de vie pour toutes les familles dans toutes les régions du Canada.

Statistique Canada devrait être chargé de fournir, dans la mesure du possible, des données chronologiques sur ces niveaux repères et un dénombrement des personnes n'atteignant pas ces niveaux.

### Recommandation 2

Statistique Canada devrait publier annuellement, en plus des mesures actuelles, une évaluation du nombre total de familles et de personnes ne disposant pas de revenus suffisants, ce nombre étant établi à partir des mesures contenues dans la recommandation 1. Des données sur la répartition des personnes ne disposant pas de revenus suffisants devraient aussi être publiées annuellement, comme c'est actuellement le cas pour les SFR.

### Recommandation 3

Statistique Canada devrait publier annuellement, comme il le fait actuellement, des mesures de «l'insuffisance globale des revenus», souvent appelées écarts de pauvreté.

Le gouvernement du Canada, par l'entremise de Statistique Canada, mesure et évalue la pauvreté au pays. Or, cela n'était pas véritablement son intention — il suffit de se rappeler les nombreuses fois où Statistique Canada a déclaré que les seuils de faible revenu (SFR) qu'il a lui-même établis ne constituaient pas des mesures de la pauvreté. M. Michael Wolfson a été clair là-dessus lors de la comparution devant le Sous-comité (4 : 13). Il a aussi fait part du refus de son organisme d'établir une mesure « officielle » semblable, même si l'idée de produire des mesures sociales fait toujours partie des objectifs de Statistique Canada. En réponse à une question de M. Pagtakhan à ce sujet, M. Wolfson a répondu : « Qui doit proposer un seuil de pauvreté officiel, nous estimons être de bons indicateurs sociaux, comme le réclament nos clients — lesquels se plaindraient immédiatement si nous tentions de nous dérober à cette tâche, mais c'est tout ce que nous pouvons faire » (4 : 25). Il n'en reste pas moins que, pour la plupart des Canadiens, Statistique Canada mesure effectivement la pauvreté.

Malheureusement, ses méthodes laissent à désirer. En fait, Statistique Canada se contente de fournir ce qui équivalait tout simplement à des mesures supplémentaires de l'insuffisance du revenu. Toutefois, contrairement à ses véritables mesures de l'inégalité, les premières ne sont pas perçues pour ce qu'elles sont. Le Sous-comité estime que ces mesures, soit le seuil de faible revenu (SFR) et la mesure de faible revenu (MFR), ne nous aident guère à comprendre la nature et la portée de la pauvreté et contribuent plutôt à obscurcir la question. Les sévères critiques formulées par un comité des Nations Unies à propos de la performance du Canada en matière de politique sociale nous en font prendre conscience, puisqu'elles témoignent d'une incompréhension totale des indicateurs utilisés.

Elles nous incitent en particulier à confondre l'inégalité et son insuffisance. Bien qu'une société égalitaire se pique d'offrir des chances égales à l'ensemble de ses citoyens, il est inévitable que la répartition des revenus soit inégale à certains moments. Les Canadiens peuvent prendre des risques en affaires, savourer le fruit de leur réussite et, parfois, subir des revers de fortune. Ils peuvent remettre à plus tard le moment de gagner leur vie pour investir dans leur avenir en poursuivant leurs études. Ils peuvent décider de s'installer dans des régions qui offrent des possibilités plus restreintes sur le plan économique mais qui présentent, en compensation, d'autres avantages. En outre, la répartition par âges de la population rend cette inégalité inévitable. Cela ne veut toutefois pas dire que tous les Canadiens ne jouiront pas, avec le temps, du même niveau de vie, mais tout simplement qu'ils l'atteindront à des moments différents. Enfin, les immigrants qui viennent s'installer ici dans l'espoir d'améliorer leur sort y parviennent habituellement. Pourtant, dans les mesures de l'inégalité du revenu, que l'on veut faire passer pour des mesures de l'insuffisance des revenus, on impute la faiblesse relative de leur revenu, au moment de leur arrivée au pays et après, à la déficience de notre système politique et économique. Or, c'est en fait cette liberté économique, la diversité économique de nos régions et la diversité de notre base démographique qui produisent cette disparité des revenus à certains moments. Si l'on confond cette situation avec la pauvreté, on se trouve non seulement à mal





TABLEAU 12

ESTIMATION DU BUDGET DE SUBSISTANCE :  
YELLOWKNIFE, 1992

ARTICLE BUDGETAIRE				ESTIMATION DES COÛTS ANNUELS, \$			
				2 ADULTES	1 ADULTE	2 ADULTES	2 ENFANTS
				ELEVES	FAIBLES	ELEVES	FAIBLES
LOGEMENT	11 250	10 125	13 350	12 015	16 650	14 985	
ALIMENTATION	4 205	3 760	3 578	3 183	7 546	6 720	
VÊTEMENTS	1 130	578	923	578	1 710	1 156	
SOINS PERSONNELS	1 197	471	641	471	1 375	944	
ARTICLES MÉNAGERS	174		174		349		
MOBILIER	264	158	264	158	540	237	
TÉLÉPHONE	240	209	240	209	240	209	
TRANSPORT	1 116	423	1 116	423	1 116	423	
LOISIRS	634	634	603	603	760	760	
LECTURE	240	240	240	240	240	240	
ACTIVITÉS RELIGIEUSES/ CHARITÉ	156	156	108	108	216	216	
FOURNITURES SCOLAIRES			90	90	180	180	
SOINS DE SANTÉ	500	500	500	500	1 000	1 000	
<b>TOTAL PARTIEL : Niveau</b> repère du revenu insuffisant	21 106	17 254	21 827	18 578	31 922	27 070	
ESTIMATIONS PRESTATIONS PAR PROVINCE							
ESTIMATIONS PRESTATIONS TOTAL							
SFR							
SARLO							

ESTIMATION DU BUDGET DE SUBSISTANCE :  
WHITEHORSE, 1992

TABEAU 11

ARTICLE BUDGÉTAIRE				ESTIMATION DES COÛTS ANNUELS, \$			
	2 ADULTES			1 ADULTE	1 ENFANT	2 ADULTE	2 ENFANT
	ELEVÉS	FAIBLES	ELEVÉS	FAIBLES	ELEVÉS	FAIBLES	ELEVÉS
LOGEMENT	8 100	7 290	9 150	8 235	10 050		
ALIMENTATION	4 440	4 034	3 758	3 395	7 985		
VÊTEMENTS	1 130	578	923	578	1 710		
SOINS PERSONNELS	1 197	471	641	471	1 375		
ARTICLES MÉNAGERS	174		174		349		
MOBILIER	264	158	264	158	540		
TÉLÉPHONE	240	209	240	209	240		
TRANSPORT	1 116	423	1 116	423	1 116		
LOISIRS	634	634	603	603	760		
LECTURE	240	240	240	240	240		
ACTIVITÉS RELIGIEUSES/ CHARITÉ	156	156	108	108	216		
FOURNITURES SCOLAIRES			90	90	180		
SOINS DE SANTÉ	500	500	500	500	1 000		
TOTAL PARTIEL : Niveau repère du revenu insuffisant	18 191	14 693	17 807	14 794	25 761		
ESTIMATIONS PRESTATIONS PAR PROVINCE	12 864			13 610			20 76
ESTIMATIONS PRESTATIONS TOTAL	13 244			15 322			23 36
SFR							
SARLO							

**ESTIMATION DU BUDGET DE SUBSISTANCE :**  
**VANCOUVER, 1992**

**TABEAU 10**

ARTICLE BUDGETAIRE		ESTIMATION DES COÛTS ANNUELS, \$			
		2 ADULTES		1 ADULTE	2 ADULTES
		FAIBLES	FAIBLES	FAIBLES	FAIBLES
LOGEMENT		7 500	6 750	9 750	8 775
		11 700	10 530		
ALIMENTATION		3 785	3 435	3 205	2 892
		6 795	6 158		
VÊTEMENTS		1 130	578	923	578
		1 710	1 156		
SOINS PERSONNELS		1 197	471	641	471
		1 375	944		
ARTICLES MÉNAGERS		174		174	
		349			
MOBILIER		264	158	264	158
		540	237		
TÉLÉPHONE		240	209	240	209
		240	209		
TRANSPORT		1 116	423	1 116	423
		1 116	423		
LOISIRS		634	634	603	603
		760	760		
LECTURE		240	240	240	240
		216	216		
ACTIVITÉS RELIGIEUSES/ CHARITÉ		156	156	108	108
		216	216		
FOURNITURES SCOLAIRES				90	90
		180	180		
SOINS DE SANTÉ		500	500	500	500
		1 000	1 000		
TOTAL PARTIEL : Niveau repère du revenu net insuffisant		16 936	13 554	17 854	15 047
		26 221	22 053		
ESTIMATIONS PRESTATIONS PAR PROVINCE		10 632		11 929	
		15 477			
ESTIMATIONS PRESTATIONS TOTAL		11 012		13 575	
		18 000			
SFR		20 570		20 570	
		30 100			
SARLO		10 004		10 004	
		16 504			



**ESTIMATION DU BUDGET DE SUBSISTANCE :**  
**EDMONTON, 1992**

**TABEAU 9**

ARTICLE BUDGÉTAIRE				ESTIMATION DES COÛTS ANNUELS, \$			
				2 ADULTES	1 ADULTE	1 ENFANT	2 ENFANTS
				ELEVES FAIBLES	ELEVES FAIBLES	ELEVES FAIBLES	ELEVES FAIBLES
LOGEMENT	5 700	5 130	7 200	6 480	8 700		
ALIMENTATION	3 435	3 011	2 910	2 546	6 154		
VÊTEMENTS	1 130	578	923	578	1 710		
SOINS PERSONNELS	1 197	471	641	471	1 375		
ARTICLES MÉNAGERS	174		174		349		
MOBILIER	264	158	264	158	540		
TÉLÉPHONE	240	209	240	209	240		
TRANSPORT	1 116	423	1 116	423	1 116		
LOISIRS	634	634	603	603	760		
LECTURE	240	240	240	240	240		
ACTIVITÉS RELIGIEUSES/ CHARITÉ	156	156	108	108	216		
FOURNITURES SCOLAIRES			90	90	180		
SOINS DE SANTÉ	500	500	500	500	1 000		
<b>TOTAL PARTIEL : Niveau</b> repère du revenu net insuffisant	14 786	11 510	15 009	12 406	22 580		
ESTIMATIONS PRESTATIONS PAR PROVINCE	10 604			10 604			16 604
ESTIMATIONS PRESTATIONS TOTAL	10 984			12 197			19 404
SFR	20 570			20 570			30 104
SARLO	9 560			9 560			15 704

TABLEAU 8

ESTIMATION DU BUDGET DE SUBSISTANCE :  
SASKATOON, 1992

ARTICLE BUDGÉTAIRE			ESTIMATION DES COÛTS ANNUELS, \$			
			2 ADULTES		1 ADULTE	2 ADULTES
			FAIBLES	ELEVÉS	FAIBLES	ELEVÉS
			FAIBLES	ELEVÉS	FAIBLES	ELEVÉS
LOGEMENT	4 650	4 185	5 700	5 130	6 900	6 210
ALIMENTATION	3 468	3 055	2 930	2 563	6 200	5 444
VÊTEMENTS	1 130	578	923	578	1 710	1 156
SOINS PERSONNELS	1 197	471	641	471	1 375	944
ARTICLE MÉNAGERS	174		174		349	
MOBILIER	264	158	264	158	540	237
TÉLÉPHONE	240	209	240	209	240	209
TRANSPORT	1 116	423	1 116	423	1 116	423
LOISIRS	634	634	603	603	760	760
LECTURE	240	240	240	240	240	240
ACTIVITÉS RELIGIEUSES/ CHARITÉ	156	156	108	108	216	216
FOURNITURES SCOLAIRES			90	90	180	180
SOINS DE SANTÉ	500	500	500	500	1 000	1 000
<b>TOTAL PARTIEL : Niveau</b> repère du revenu net insuffisant	13 769	10 609	13 529	11 073	20 826	17 019
ESTIMATIONS PRESTATIONS PAR PROVINCE	10 800		10 800		15 683	
ESTIMATIONS PRESTATIONS TOTAL	11 180		12 507		18 297	
SFR	18 068		18 068		26 439	
SARLO	9 560		9 560		15 710	

**ESTIMATION DU BUDGET DE SUBSISTANCE :**  
WINNIPEG, 1992

**TABLEAU 7**

ARTICLE BUDGÉTAIRE					ESTIMATION DES COÛTS ANNUELS, \$				
	2 ADULTES		1 ADULTE		1 ENFANT		2 ADULTE		
	ELEVES	FAIBLES	ELEVES	FAIBLES	ELEVES	FAIBLES	ELEVES	FAIBLES	F
LOGEMENT	5 700	5 130	7 200	6 480	8 700	6 152			
ALIMENTATION	3 444	3 004	2 914	2 526	6 152				
VÊTEMENTS	1 130	578	923	578	1 710				
SOINS PERSONNELS	1 197	471	641	471	1 375				
ARTICLES MÉNAGERS	174		174		349				
MOBILIER	264	158	264	158	540				
TÉLÉPHONE	240	209	240	209	240				
TRANSPORT	1 116	423	1 116	423	1 116				
LOISIRS	634	634	603	603	760				
LECTURE	240	240	240	240	240				
ACTIVITÉS RELIGIEUSES/ CHARITÉ	156	156	108	108	216				
Fournitures scolaires			90	90	180				
SOINS DE SANTÉ	500	500	500	500	1 000				
<b>TOTAL PARTIEL : Niveau</b> repère du revenu net insuffisant	14 795	11 503	15 013	12 386	22 578				
ESTIMATIONS PRESTATIONS PAR PROVINCE	10 728		11 118		18 728				
ESTIMATIONS PRESTATIONS TOTAL	11 108		12 778		21 336				
SFR	20 570		20 570		30 108				
SARLO	9 853		9 853		16 136				

**ESTIMATION DU BUDGET DE SUBSISTANCE :**  
**TORONTO, 1992**

**TABLEAU 6**

ARTICLE BUDGETAIRE				ESTIMATION DES COÛTS ANNUELS, \$			
2 ADULTES		1 ADULTE	1 ENFANT	2 ADULTES	2 ENFANTS		
ELEVES	FAIBLES	ELEVES	FAIBLES	ELEVES	FAIBLES		
LOGEMENT	7 350	6 615	8 400	7 560	10 650	9 585	
ALIMENTATION	3 710	3 304	3 192	2 837	6 719	5 778	
VÊTEMENTS	1 130	578	923	578	1 710	1 156	
SOINS PERSONNELS	1 197	471	641	471	1 375	944	
ARTICLES MÉNAGERS	174		174		349		
MOBILIER	264	158	264	158	540	237	
TÉLÉPHONE	240	209	240	209	240	209	
TRANSPORT	1 116	423	1 116	423	1 116	423	
LOISIRS	634	634	603	603	760	760	
LECTURE	240	240	240	240	240	240	
ACTIVITÉS RELIGIEUSES/ CHARITÉ	156	156	108	108	216	216	
FOURNITURES SCOLAIRES			90	90	180	180	
SOINS DE SANTÉ	500	500	500	500	1 000	1 000	
<b>TOTAL PARTIEL : Niveau</b> repère du revenu net insuffisant	16 711	13 288	16 491	13 777	25 095	20 728	
ESTIMATIONS PRESTATIONS PAR PROVINCE	15 236		15 314		20 392		
ESTIMATIONS PRESTATIONS TOTAL	15 616		17 027		23 010		
SFR	20 567		20 567		30 100		
SARLO	10 900		10 900		17 935		



**ESTIMATION DU BUDGET DE SUBSISTANCE :**  
**MONTREAL, 1992**

**TABLEAU 5**

ARTICLE BUDGETAIRE		ESTIMATION DES COUTS ANNUELS, \$					
	ELEVES FAIBLES	ELEVES FAIBLES	ELEVES FAIBLES	2 ADULTES		1 ADULTE 1 ENFANT	2 ADULTE 2 ENFANT
LOGEMENT	5 250	4 725	6 300	5 670	7 650		
ALIMENTATION	3 552	3 061	3 016	2 522	6 355		
VÊTEMENTS	1 130	578	923	578	1 710		
SOINS PERSONNELS	1 197	471	641	471	1 375		
ARTICLES MÉNAGERS	174		174		349		
MOBILIER	264	158	264	158	540		
TÉLÉPHONE	240	209	240	209	240		
TRANSPORT	1 116	423	1 116	423	1 116		
LOISIRS	634	634	603	603	760		
LECTURE	240	240	240	240	240		
ACTIVITÉS RELIGIEUSES/ CHARITÉ	156	156	108	108	216		
FOURNITURES SCOLAIRES			90	90	180		
SOINS DE SANTÉ	500	500	500	500	1 000		
TOTAL PARTIEL : Niveau repère du revenu net insuffisant	14 453	11 155	14 215	11 572	21 731		
ESTIMATIONS PRESTATIONS PAR PROVINCE	10 800		10 830		13 7		
ESTIMATIONS PRESTATIONS TOTAL	11 180		13 157		16 5		
SFR	20 567		20 567		30 1		
SARLO	10 900		10 900		17 9		

**ESTIMATION DU BUDGET DE SUBSISTANCE :  
SAINT JOHN, 1992**

**TABEAU 4**

ARTICLE BUDGÉTAIRE		ESTIMATION DES COÛTS ANNUELS, \$			
		2 ADULTES		1 ADULTE	2 ADULTES
		ELEVÉS	FAIBLES	ELEVÉS	FAIBLES
LOGEMENT		4 800	4 320	6 000	5 400
					6 450
5 805					
ALIMENTATION		3 383	2 970	2 881	2 522
					6 070
5 333					
VÊTEMENTS		1 130	578	923	578
					1 710
1 156					
SOINS PERSONNELS		1 197	471	641	471
					1 375
944					
ARTICLES MÉNAGERS		174		174	
					349
MOBILIER		264	158	264	158
					540
237					
TÉLÉPHONE		240	209	240	209
					240
209					
TRANSPORT		1 116	423	1 116	423
					1 116
423					
LOISIRS		634	634	603	603
					760
760					
LECTURE		240	240	240	240
					240
240					
ACTIVITÉS RELIGIEUSES/ CHARITÉ		156	156	108	108
					216
216					
FOURNITURES SCOLAIRES				90	90
					180
180					
SOINS DE SANTÉ		500	500	500	500
					1 000
1 000					
TOTAL PARTIEL : Niveau repère du revenu net insuffisant		13 834	10 659	13 780	11 302
					20 246
16 503					
ESTIMATIONS PRESTATIONS PAR PROVINCE		8 800		8 800	
10 318					
ESTIMATIONS PRESTATIONS TOTAL		9 180		10 456	
12 932					
SFR		18 068		18 068	
26 439					
SARLO		9 177		9 177	
14 263					

ESTIMATION DU BUDGET DE SUBSISTANCE :

HALIFAX, 1992

TABLEAU 3

ARTICLE BUDGÉTAIRE				ESTIMATION DES COÛTS ANNUELS, \$			
	2 ADULTES			1 ADULTE	1 ENFANT	2 ADULTE	2 ENFANT
	ELEVÉS	FAIBLES	ELEVÉS	ELEVÉS	FAIBLES	ELEVÉS	ELEVÉS
LOGEMENT	6 750	6 075	8 100	7 290		9 600	
ALIMENTATION	3 417	3 027	2 910	2 866		6 137	
VÊTEMENTS	1 130	578	923	578		1 710	
SOINS PERSONNELS	1 197	471	641	471		1 375	
ARTICLES MÉNAGERS	174		174			349	
MOBILIER	264	158	264	158		540	
TÉLÉPHONE	240	209	240	209		240	
TRANSPORT	1 116	423	1 116	423		1 116	
LOISIRS	634	634	603	603		760	
LECTURE	240	240	240	240		240	
ACTIVITÉS RELIGIEUSES/ CHARITÉ	156	156	108	108		216	
FOURNITURES SCOLAIRES			90	90		180	
SOINS DE SANTÉ	500	500	500	500		1 000	
<b>TOTAL PARTIEL : Niveau</b> repère du revenu net insuffisant	15 818	12 471	15 909	13 536		23 463	
ESTIMATIONS PRESTATIONS PAR PROVINCE	11 300			10 838			13 3
ESTIMATIONS PRESTATIONS TOTAL	11 680			12 560			16 0
SFR	18 070			18 070			26 4
SARLO	10 420			10 420			16 7

TABLEAU 2

ESTIMATION DU BUDGET DE SUBSISTANCE :  
CHARLOTTETOWN, 1992

ARTICLE BUDGÉTAIRE		ESTIMATION DES COÛTS ANNUELS \$					
		2 ADULTES		1 ADULTE		2 ADULTES	
		FAIBLES		ELEVÉS		FAIBLES	
		ELEVÉS		FAIBLES		ELEVÉS	
	LOGEMENT	5 400	4 860	6 900	6 210	8 100	7 290
	ALIMENTATION	3 529	3 056	2 998	2 591	6 323	5 472
	VÊTEMENTS	1 130	578	923	578	1 710	1 156
	SOINS PERSONNELS	1 197	471	641	471	1 375	944
	ARTICLES MÉNAGERS	174		174		349	
	MOBILIER	264	158	264	158	540	237
	TÉLÉPHONE	240	209	240	209	240	209
	TRANSPORT	1 116	423	1 116	423	1 116	423
	LOISIRS	634	634	603	603	760	760
	LECTURE	240	240	240	240	240	240
	ACTIVITÉS RELIGIEUSES/ CHARITÉ	156	156	108	108	216	216
	FOURNITURES SCOLAIRES			90	90	180	180
	SOINS DE SANTÉ	500	500	500	500	1 000	1 000
<b>TOTAL PARTIEL : Niveau repère du revenu net insuffisant</b>		14 580	11 285	14 797	12 181	22 149	18 127
ESTIMATIONS PRESTATIONS PAR PROVINCE		11 569		11 420		17 303	
ESTIMATIONS PRESTATIONS TOTAL		11 949		13 119		19 917	
SFR		17 650		17 650		25 830	
SARLO		9 197		9 197		15 220	



ESTIMATION DU BUDGET DE SUBSISTANCE :  
ST. JOHN'S, 1992

TABEAU 1

ARTICLE BUDGETAIRE		ESTIMATION DES COÛTS ANNUELS \$			
	2 ADULTE 2 ENFANT	1 ADULTE 1 ENFANT		2 ADULTES	
		ELEVES		FAIBLES	
		ELEVES		FAIBLES	
		ELEVES		FAIBLES	
LOGEMENT		6 750	6 075	8 100	7 290
ALIMENTATION		3 646	3 278	3 099	2 784
VÊTEMENTS		1 130	578	923	578
SOINS PERSONNELS		1 197	471	641	471
ARTICLES MÉNAGERS		174		174	
MOBILIER		264	158	264	158
TÉLÉPHONE		240	209	240	209
TRANSPORT		1 116	423	1 116	423
LOISIRS		634	634	603	603
LECTURE		240	240	240	240
ACTIVITÉS RELIGIEUSES/ CHARITÉ		156	156	108	108
Fournitures scolaires				90	90
SOINS DE SANTÉ		500	500	500	1 000
<b>TOTAL PARTIEL : Niveau</b> repère du revenu net insuffisant		16 047	12 722	16 098	22 971
ESTIMATIONS PRESTATIONS PAR PROVINCE		11 496		11 698	
ESTIMATIONS PRESTATIONS TOTAL		11 876		13 396	
SFR		18 075		18 075	
SARLO		10 460		10 460	

# **ANNEXE AU CHAPITRE V**

## **TABLEAUX ILLUSTRANT LA MESURE DE L'INSUFFISANCE DES**

### **REVENUS POUR CERTAINES VILLES DU CANADA**

Les tableaux donnés aux pages suivantes illustrent la mesure de l'insuffisance des revenus pour certaines grandes villes du Canada. Les chiffres ont été calculés de la même façon que dans le cas de Toronto, dont un tableau de la situation apparaît dans le corps du rapport. Chaque tableau comprend une estimation des prestations en espèces totales et de celles fournies par la province aux familles nécessiteuses. Le montant de ces prestations peut, dans les faits, varier selon les provinces et les territoires, en fonction des circonstances vécues par les familles, et ne pas correspondre exactement aux chiffres donnés ici, car les programmes d'assistance sociale eux-mêmes peuvent différer.



**Tableau V:4**  
**Comparaison des montants de l'aide sociale accordés (au 1<sup>er</sup> avril 1993) dans certaines provinces**  
**pour certains cas-types**

	Célibataire apte au travail	Rang	Célibataire handica- pé(e)	Rang	Parent seul avec deux enfants de moins de 12 ans	Rang	Parent seul avec un enfant de moins de 12 ans	Rang	Couple apte au travail avec deux enfants de moins de 12 ans	Rang	Couple apte au travail avec un enfant de moins de 12 ans	Rang
Loyer (Ont. max.)	414 \$		414 \$		707 \$		652 \$		768 \$		707 \$	
Ontario	663 \$	1	930 \$	1	1 386 \$	1	1 221 \$	1	1 530 \$	1	1 342 \$	1
I-P-É	597 \$	3	637 \$	6	1 153 \$	2	963 \$	2	1 309 \$	2	1 154 \$	3
Alberta	470 \$	6	810 \$	2	1 053 \$	4	842 \$	5	1 275 \$	3	1 112 \$	4
C.-Britannique	535 \$	5	755 \$	3	1 152 \$	3	963 \$	2	1 214 \$	4	1 075 \$	5
Québec	626 \$	2	662 \$	5	983 \$	6	862 \$	3	1 248 \$	5	1 156 \$	2
Manitoba	537 \$	4	679 \$	4	1 038 \$	5	850 \$	4	1 262 \$	4	1 055 \$	6

**NOTES:**

- 1) Le loyer comprend les services. Le coût d'habitation maximal de l'Ontario sert ici de point de comparaison.
- 2) Là où les montants pour les enfants de moins de 12 ans sont ventilés en sous-groupes de 0 à 6 ans et de 7 à 11 ans, c'est le montant plus élevé du deuxième groupe qui est utilisé.
- 3) Au Québec, les personnes aptes au travail qui font partie de la main-d'oeuvre active touchent un supplément minime. C'est ce montant plus élevé qui figure ci-dessus.
- 4) L'Ile-du-Prince-Édouard accorde à la plupart des prestataires handicapé(e)s une allocation mensuelle de 40 \$ pour soins spéciaux dont le montant figurant ci-dessus tient compte.
- 5) Le Manitoba a un régime à deux catégories en vertu duquel la plupart des prestataires aptes au travail reçoivent leurs prestations des administrations municipales. La province accorde une prestation de base, à laquelle les municipalités peuvent choisir d'ajouter un supplément (qu'elles doivent cependant assumer en totalité).



Tableau V:3

ESTIMATION DES COÛTS ANNUELS D'UN BUDGET DE SUBSISTANCE :

Toronto, 1992

ARTICLE BUDGÉTAIRE					
ESTIMATION DES COÛTS ANNUELS, \$					
2 ADULTES	1 ADULTE	1 ENFANT	ELEVÉS		
			FAIBLES	ELEVÉS	FAIBLES
LOGEMENT	7 800	7 020	8 600	7 560	10 650
ALIMENTATION	3 526	3 304	3 192	2 837	6 718
VÊTEMENTS	1 130	578	923	578	1 710
SOINS PERSONNELS	1 197	471	641	471	1 375
ARTICLES MÉNAGERS	174		174		349
MOBILIER	264	158	264	158	540
TÉLÉPHONE	240	209	240	209	240
TRANSPORT	1 116	423	1 116	423	1 116
LOISIRS	634	634	603	603	760
LECTURE	240	240	240	240	240
ACTIVITÉS RELIGIEUSES/ CHARITÉ	156	156	108	108	216
FOURNITURES SCOLAIRES			90	90	180
SOINS DE SANTÉ	500	500	500	500	1 000
TOTAL PARTIEL : Niveau repère du revenu net insuffisant	16 527	13 288	16 491	13 727	25 094
SERVICES DE GARDE	S/O	S/O	5 200	5 200	S/O
TOTAL : Niveau repère du revenu brut insuffisant avant impôt (approx.)	18 250	13 750	21 500	18 000	27 000
SFR	20 567		20 567		30 16
SARLO	10 900		10 900		17 97

justifiée. Chaque type de famille figurant au Tableau V.3 peut avoir un revenu total, les avantages fédéraux compris, qui dépasse le niveau repère si nous utilisons l'estimation des coûts faibles. Aucune des familles dans ces exemples ne se situe en deçà de 89 p. 100 de l'estimation des coûts élevés. Nous estimons que ce budget est suffisamment généreux dans un certain nombre de catégories pour que les familles disposent de ressources suffisantes pour se nourrir.

Par contre, un tel recours aux banques alimentaires nous semble attribuable à d'autres facteurs non liés au revenu. Bien des gens ne reçoivent pas les avantages auxquels ils ont droit. Comme la banque d'alimentation *Daily Bread* de Toronto l'a expliqué au Comité, les gens ont recours aux banques d'alimentation en cas d'urgence, lorsqu'ils ont de la difficulté à encaisser un chèque ou reçoivent leur chèque en retard. Ils font également appel à ces services parce qu'ils soutiennent ne pas avoir suffisamment d'argent pour acheter de la nourriture, payer leur transport, etc. Il est intéressant de constater que 72 p. 100 des personnes qui ont recours aux banques d'alimentation sont d'avis que :

les taux d'aide sociale ne sont pas établis en fonction de ce qu'il en coûte pour vivre, et la plupart des usagers des banques alimentaires affirment qu'ils n'ont pas assez d'argent pour vivre. L'établissement du coût réel d'un assortiment de biens et de services et l'ajustement de l'aide sociale en conséquence permettraient de réduire la faim.<sup>27</sup>

Le Comité convient qu'il faudrait établir le prix d'un assortiment de biens et de services et s'en servir pour décider si les prestations d'aide sociale sont suffisantes ou non.

L'évaluation de la situation en Ontario n'est pas valable dans le cas de toutes les provinces. Au Nouveau-Brunswick, par exemple, nous avons constaté que le soutien accordé par le gouvernement aux familles ayant un faible revenu était insuffisant pour que le niveau de vie atteigne les indicateurs de l'insuffisance du revenu. C'est même le cas en ce qui concerne les chiffres les plus bas.

Cela s'explique de plusieurs façons, dont l'une, et non la moindre, est constituée par les restrictions financières que subit le gouvernement. Cependant, les indicateurs que nous recommandons permettent de mieux juger des difficultés auxquelles sont confrontées les familles qui tentent d'avoir accès aux biens et aux services que tous les Canadiens devraient pouvoir se procurer. Nous pensons que ces indicateurs sont le meilleur moyen d'évaluer les efforts du gouvernement et d'élaborer les programmes futurs.

qui concerne les clients qui vivent dans les régions rurales, les frais de garde sont payés directement. Les fonctionnaires de cette province estiment que les programmes d'aide sociale atteignent, à des degrés divers, les objectifs du gouvernement ontarien, à savoir qu'une famille travaillant ne soit pas dans une situation financière plus difficile qu'une famille bénéficiaire de l'aide sociale.

Ce sont des facteurs importants. Les calculs utilisés ici se basent sur des frais de garde d'enfant de 200 \$ par année. Les services de garde de tout jeunes enfants dans la région métropolitaine de Toronto peuvent coûter jusqu'à 10 000 \$ par année.

Dans ce qui précède, nous n'avons pas tenu compte des subventions possibles au logement. En ce qui concerne les familles bénéficiaires de l'aide sociale en Ontario, cela n'a aucune importance puisque les prestations d'aide sociale sont réduites lorsque les familles n'ont pas à payer les loyers du marché. Cependant, certaines familles de travailleurs dont le logement est subventionné paient elles aussi des loyers inférieurs au loyer du marché. Dans de tels cas, il faudrait alors retrancher du coût du logement la différence entre les coûts que payent effectivement ces familles et les montants établis dans ce tableau.

## CONCLUSIONS

Le Sous-comité a donné ici certains exemples de l'établissement d'un budget de subsistance pour les familles à faible revenu. L'annexe à ce chapitre donne des exemples pour 12 villes canadiennes. Comparativement à un certain nombre d'autres budgets analogues, les nôtres sont relativement généreux. Nous avons par ailleurs établi des budgets différents pour les familles de travailleurs et les familles de non-travailleurs. L'élément frappant de pratiquement tous ces budgets, c'est qu'ils sont inférieurs d'au moins 10 p. 100 aux SFR pour les familles de travailleurs et de presque 20 p. 100 aux SFR pour les familles bénéficiaires de l'aide sociale. S'il est possible d'approprier de retenir notre estimation des coûts faibles, le degré d'exagération des SFR s'accroît davantage.

À notre avis, et les faits selon nous le confirment, la série actuelle des seuils de pauvreté et de faible revenu ne reflète pas fidèlement les coûts assumés par les familles monoparentales qui travaillent. À Toronto, par exemple, un parent seul qui ne dépend aucunement de l'aide sociale peut avoir besoin d'un budget de subsistance supérieur au SFR couramment utilisé. Nous estimons que notre niveau repère convient mieux à cette famille que les mesures couramment utilisées par Statistique Canada.

L'indicateur de l'insuffisance des revenus illustre ici permet de penser que le «seuil de pauvreté» serait fixé plus haut dans le cas des parents et des personnes seules qui travaillent, qu'il le soit dans le cas des Canadiens n'ayant pas d'emploi. Cela ne constitue pas un jugement de valeur car la part du Comité, mais traduit simplement le fait que le revenu brut tend à «exagérer» le pouvoir d'achat. Notre objectif étant de définir l'insuffisance des revenus en terme d'un niveau de vie qui soit le même pour les membres de toutes les collectivités, quel que soit leur état civil, il est important d'apporter cette précision.

En outre, le Comité est d'avis que la meilleure façon de lutter contre la pauvreté est de créer des emplois. Il s'attend des gouvernements qu'ils fassent le nécessaire pour favoriser une augmentation du nombre des emplois en fonction des besoins des familles. Les dispositions et les politiques adoptées par les organismes ne doivent pas empêcher les Canadiens d'obtenir du travail. Il devrait en être de même pour le seuil de pauvreté.

Si les particuliers et les familles disposent de ressources suffisantes pour payer ces articles budgétaires, y compris l'alimentation, nous ne voyons pas pourquoi ils devraient dépendre de banques d'alimentation. L'utilisation massive des banques alimentaires en Ontario semble pe-



Des dispositions semblables existent en ce qui concerne les services de garde subventionnés au Nouveau-Brunswick. Selon les responsables gouvernementaux, il est facile d'avoir accès à des garderies subventionnées et accréditées dans les régions urbaines. En ce

Les services de garde subventionnés sont toutefois disponibles pour certains parents et ceux qui s'en prévalent voient leur revenu augmenter en proportion égale au montant de leur subvention. En Ontario, on va même plus loin puisque le programme d'aide sociale de cette province est conçu de façon à ne pas pénaliser la famille qui travaille au lieu de recevoir de l'aide sociale. Pour déterminer l'admissibilité à l'aide sociale, les autorités examinent le revenu net de retenues statutaires et l'ensemble des coûts de garde. Par conséquent, un parent dans un tel cas pourrait se trouver à payer très peu sinon aucuns frais de garde.

La ligne horizontale « Total » fournit une estimation du revenu brut nécessaire à une famille pour bénéficier du niveau de vie précisé à la ligne « Total partie ». Dans ce tableau, on suppose que chaque famille ne compte qu'un soutien de famille. À ces niveaux, l'impôt sur le revenu et les charges sociales ne sont pas très élevés et pourraient en fait être inférieurs aux prestations financières reçues du gouvernement fédéral. Néanmoins, il est évident que les personnes pauvres au travail doivent toucher des revenus bruts supérieurs aux niveaux précisés pour les personnes pauvres ne travaillant pas. Et cela est particulièrement vrai pour la famille qui doit avoir recours à des services de garde. L'estimation des coûts élevés pour un parent célibataire se situe en fait au-dessus du SFR pour deux personnes et est presque deux fois plus élevée que le seuil de pauvreté de Sarlo.

On croit que les familles bénéficiant de l'aide sociale doivent toucher les montants précisés dans la ligne horizontale « Total partie » du tableau V:3. Ces montants représentent la mesure de l'insuffisance des revenus pour les familles qui ne paient pas d'impôt sur le revenu et ne doivent pas avoir recours à des services de garde. Selon nos estimations, une famille de deux adultes recevrait des prestations provinciales totales, d'aide sociale en plus de crédits provinciaux d'environ 15 236 \$ par année, avantages matériels compris. Ce montant représente 89 p. 100 du niveau repère du revenu insuffisant pour les coûts élevés et 11 p. 100 du niveau repère pour les coûts faibles. Les prestations provinciales pour une famille monoparentale ne comptant qu'un enfant sont du même ordre et représentent 87 p. 100 pour les coûts élevés et 103 p. 100 pour les coûts faibles. Quant aux prestations versées à une famille de deux adultes et de deux enfants, elles sont plus éloignées de la mesure du revenu insuffisant puisqu'elles ne représentent que 78 p. 100 du niveau repère pour les coûts élevés et 95 p. 100 du niveau repère pour les coûts faibles. Ces familles sont aussi admissibles à des prestations financières fédérales, au crédit au titre de la TPS et à la nouvelle prestation pour enfant. Nous avons utilisé ici les anciennes prestations fédérales au titre des enfants afin d'établir ces comparaisons pour l'année 1992. L'inclusion des prestations fédérales place la famille monoparentale au-dessus de ces deux seuils et fait passer le revenu de la famille de quatre personnes à 89 p. 100 du seuil pour les coûts élevés.

Ces totaux partiels ne tiennent pas compte du coût des services de garde dont peut avoir besoin un parent seul qui travaille. Dans ces exemples, nous avons établi ce coût à 100 \$ par semaine. En ce qui concerne la famille de deux parents et de deux enfants, nous sommes partis du principe qu'elle n'avait pas besoin de services de garde.

du professeur Sarlo et les SFR de Statistique Canada. En ce qui concerne les coûts faibles, les totaux partiels s'échelonnent entre 13 288 \$ et 20 927 \$. Bien que les types de familles diffèrent, ces estimations sont habituellement plus élevées que celles produites par les professeurs Renwick et Bergmann, comme l'indique le Tableau V:1. Ce sont les chiffres dont il faut tenir compte pour les familles qui dépendent entièrement du gouvernement pour leurs revenus. Le tableau V:4 indique certains montants de l'aide sociale au 1<sup>er</sup> avril 1993, fournis par la province de l'Ontario.



À notre avis, les normes d'occupation nationales de la SCHL conviennent aux familles et aînées. Cependant, des normes plus modestes seraient peut-être plus acceptables pour personnes célibataires à faible revenu. Il n'est pas rare que des étudiants vivent dans des garnis que de jeunes célibataires partagent un appartement. Trois célibataires qui partagent un appartement de trois chambres à coucher payent, par personne, des coûts de logement modérés élevés que si chacun d'entre eux vivait dans un appartement d'une chambre à coucher. Des arrangements sont fréquents et ne sont pas considérés inacceptables par ceux qui y ont recouru. Le Comité estime que de telles normes sont acceptables pour établir les coûts du logement pour personnes célibataires.

Le budget d'alimentation (chiffres élevés) est fondé sur le régime alimentaire nutritif établi par l'Agriculture Canada pour la ville de Toronto. Nous avons calculé les coûts selon les types de familles décrits ci-dessus. Les chiffres les plus faibles reposent sur le régime alimentaire nutritif économique. Ce régime est un peu plus limité que le régime alimentaire nutritif et coûte environ p. 100 de moins. Les coûts de ces régimes alimentaires ne supposent aucune économie de chercheurs à faire les acheteurs. Ce ne sont donc pas des budgets très stricts. Les coûts de l'alimentation et du logement constituent le gros du budget de subsistance et sont disponibles selon la ville.

Les catégories de dépenses depuis les vêtements jusqu'aux fournitures scolaires ont été tirées des lignes directrices du Dispensaire diététique de Montréal (DDM). Bien que les coûts soient établis en fonction de la région montréalaise, ils ne varient pas beaucoup d'une région à l'autre, en ce qui concerne la plupart des éléments présentés ici. Ils figurent parmi les estimations des coûts élevés. Les estimations des coûts faibles se basent sur les chiffres mis à jour par le professeur Sarlo. Les coûts du transport et du téléphone varient selon la région et devront être déterminés de façon plus précise.

La catégorie des soins personnels comprend surtout ce que le DDM désigne comme allocations personnelles, c'est-à-dire essentiellement l'argent de poche. Le reste inclut des articles tels que le savon, les coupes de cheveux, le nettoyage à sec, etc.

Les quatre catégories, de divertissement à fournitures scolaires, s'inspirent des chiffres du DDM. Le professeur Sarlo n'a pas inclus ces éléments dans le calcul de ses seuils de la pauvreté. Nous nous servons des chiffres du DDM pour nos estimations des coûts élevés et des coûts faibles. La catégorie de divertissement comprend une allocation pour les loisirs qui, selon les chiffres du DDM, n'est pas suffisante pour inclure le coût de la télévision par câble — le Comité ne considère pas cela comme une dépense déraisonnable, il a ajouté 400 \$ aux allocations prévues par le DDM.

Bien qu'au Canada la plupart des soins de santé soient gratuits, certains coûts doivent être assumés par les patients. C'est le cas des soins dentaires, des soins de la vue et des médicaments sur ordonnance. Nous avons utilisé comme estimation les avantages matériels accordés aux bénéficiaires d'aide sociale en Ontario, soit environ 250 \$ par personne par année. Ce sont les chiffres dont nous sommes servis au Tableau V.1 ci-dessus.

Les fonctionnaires du Nouveau-Brunswick nous ont également indiqué que la province fournit aux bénéficiaires de l'aide sociale une carte santé leur permettant de recevoir des soins dentaires, des soins de la vue et d'acheter des médicaments sur ordonnance, le tout à un coût modique. On ne connaît pas de façon précise la valeur de ces avantages matériels mais elle n'est probablement pas tellement différente de ceux accordés en Ontario.

En ce qui concerne les coûts élevés, les totaux partiels présentés dans le tableau s'échelonnent entre 16 491 \$ pour une famille d'un parent et d'un enfant et 25 094 \$ pour une famille de deux adultes et de deux enfants. Ces chiffres se situent à mi-chemin entre les estimations

**Tableau V:2**  
**ÉLÉMENTS INCLUS DANS LES DIVERS BUDGETS DE SUBSISTANCE**

ARTICLE BUDGETAIRE	INCLUS DANS LA MESURE DE LA PAUVRETÉ FONDÉE SUR LE BUDGET		
	SARLO	DPM	RENNICK/ BERGMANN S/C PAUVRETÉ
LOGEMENT	Oui	Oui	Oui
SERVICES/ CHAUFFAGE	Oui	Oui	Oui
ALIMENTATION	Oui	Oui	Oui
VÊTEMENTS	Oui	Oui	Oui
SOINS/ALLOCATIONS PERSONNELS	Oui/non	Oui/oui	Oui/minime
ARTICLES MÉNAGERS	Oui	Oui	Oui
MOBILIER	Oui	Oui	Non
TELÉPHONE	Oui	Oui	Oui
TRANSPORT	Oui	Oui	Oui
SERVICES DE GARDE	Non	Non	Oui
SOINS DE SANTÉ	Non	Non	Oui
DIVERTISSEMENT/ LOISIRS	Non/non	Oui/oui	Non/non
LECTURE	Non	Oui	Non
ACTIVITÉS RELIGIEUSES/CHARITÉ	Non	Oui	Non
FOURNITURES SCOLAIRES	Non	Oui	Non

Le tableau V:3 ci-dessous présente une estimation approximative du type de budget de subsistance qui, selon le Comité, pourrait servir de mesure de l'insuffisance des revenus. Il a été calculé pour les familles vivant à Toronto en 1992. On y présente trois types différents de familles. En ce qui concerne les besoins budgétaires de chaque type de famille, le tableau prévoit deux estimations, l'estimation des coûts élevés et l'estimation des coûts faibles.

Les coûts du logement se basent sur les estimations de la SCHL en ce qui concerne le plafond de revenu déterminant le besoin impérieux pour Toronto et sont établis en fonction des normes d'occupation établies par cet organisme. Dans le tableau suivant, les deux familles adultes occupent un appartement d'une chambre à coucher, la famille d'un parent et d'un enfant occupe un appartement de deux chambres à coucher et la famille de deux parents et de deux enfants vit dans un appartement de trois chambres à coucher. Les normes d'occupation de la SCHL prévoient que deux enfants du même sexe et d'âges rapprochés peuvent partager une chambre à coucher. Dans le cas qui nous intéresse, nous partons du principe qu'il s'agit d'un garçon et d'une fille. Le coût du logement se fonde sur l'estimation du loyer moyen par la SCHL et c'est ce chiffre qui est utilisé dans l'estimation des coûts élevés. L'estimation des coûts faibles utilise le chiffre moyen, moins 10 p. 100.

## UN BUDGET DE SUBSISTANCE

Le Tableau V:2 compare les diverses catégories de dépenses incluses dans l'établissement d'un budget de subsistance. Le coût total de ce budget variera naturellement selon le nombre d'articles budgétaires et les normes de consommation établies pour chaque catégorie.

De tels budgets se veulent généralement exhaustifs et le Comité estime que toute mesure budgétaire de l'insuffisance du revenu au Canada devrait l'être également. Si certains articles n'figurent pas, c'est que leur auteur n'a pas jugé nécessaire de les préciser. Une autre méthode pourrait par exemple préciser les principaux éléments d'un budget de subsistance et à tenir compte du coût d'autres articles moins importants en utilisant un multiplicateur. Par conséquent un budget pourrait préciser les dépenses consacrées à l'alimentation, au logement, à l'habillement, au transport et à la garde des enfants et ajouter une fraction de ce total partiel pour représenter les dépenses diverses afin d'arriver au budget total. Le seuil officiel américain de la pauvreté pousse cette méthode à l'extrême. Il a été établi uniquement en fonction du coût de l'alimentation et utilise un coefficient multiplicateur pour tenir compte implicitement de toutes les autres dépenses.

Le budget le plus exhaustif de tous ceux présentés dans ce tableau est celui du Dispendsaire dièteque de Montréal. Ce tableau a ajouté les deux volets sur lesquels portent les lignes directrices de cette organisation, à savoir le budget de subsistance et le budget de confort minimum.



Tableau V:1

BESOINS BUDGÉTAIRES DE FAMILLES MONOPARENTALES

EN DOLLARS AMÉRICAINS PAR MOIS — 1989				EN DOLLARS CANADIENS PAR ANNÉE — 1992			
CAS A	CAS B	CAS C	CAS D	CAS A	CAS B	CAS C	CAS D
250	250	326	326	3 991	3 991	5 204	5 204
305	305	474	251	4 869	4 869	7 567	4 007
33	73	73	115	527	1 165	1 165	1 836
0	506	0	0	1 149	1 149	1 149	0
72	72	72	72	798	798	319	319
50	50	20	20	750	750	750	750
47	47	47	47	12 084	20 801	16 156	13 266
757	1 305	1 027	846	12 028	17 802	14 125	14 125
SARLO CHICOUTIMI	12 028	12 028	12 028	SFR TORONTO	26 147	26 147	26 147
SFR RÉGIONS RURALES	17 802	17 802	17 802	SARLO TORONTO	14 125	14 125	14 125
TOTAL	12 028	12 028	12 028	SFR TORONTO	26 147	26 147	26 147
ALIMENTATION	250	326	326	SOINS PERSONNELS	798	319	319
LOGEMENT	305	474	251	VÊTEMENTS	1 149	1 149	1 149
TRANSPORT	33	73	115	SERVICES DE GARDE	0	0	0
SERVICES DE GARDE	0	506	0	TRANSPORT	527	1 165	1 836
VÊTEMENTS	72	72	72	LOGEMENT	4 869	7 567	4 007
SOINS PERSONNELS	50	50	20	ALIMENTATION	3 991	5 204	5 204
SOINS DE SANTÉ	47	47	47	TRANSPORT	527	1 165	1 836
TOTAL	757	1 305	1 027	SERVICES DE GARDE	0	0	0

CAS A : parent qui ne travaille pas, coût du logement modéré, aucuns frais de garde  
CAS B : parent qui travaille, coût du logement modéré, frais de garde  
CAS C : parent qui travaille, coût du logement élevé, aucuns frais de garde  
CAS D : parent qui travaille, coût du logement faible, aucuns frais de garde



subsidance les besoins de la famille soient supérieurs à ceux précisés par le seuil de pauvreté américain pour une famille de cette taille, l'inclusion d'avantages matériels accordés par les programmes gouvernementaux fait plus que compenser cette différence. Les ressources financières dont a besoin cette famille ne représentent en fait que 64 p. 100 du taux officiel de la pauvreté.

Le cas B porte sur le même type de famille mais le parent travaille à temps plein à l'extérieur et doit payer des services de garde, facteur qui à lui seul fait augmenter le coût du budget de subsistance de 70 p. 100. Dans ce cas-ci, les ressources économiques dont a besoin cette famille sont nettement supérieures au seuil officiel de la pauvreté.

Les cas C et D examinent la situation de parents seuls qui travaillent et ont des enfants plus âgés pour lesquels ils n'ont pas à payer de services de garde. Dans le cas C, le coût du logement est relativement élevé et dans le cas D, il est faible. Dans les deux cas, les ressources économiques nécessaires sont supérieures au seuil officiel de la pauvreté aux États-Unis pour la famille pertinente, bien que la surestimation ne soit pas aussi importante dans le cas du parent devant payer des services de garde.

Il est évident d'après ce tableau que la situation relative d'une famille à faible revenu varie beaucoup selon que le parent travaille ou non. S'il ne travaille pas et peut rester à la maison avec les enfants, les besoins budgétaires sont relativement faibles selon les normes du seuil officiel de la pauvreté et les normes établies par diverses mesures au Canada. Ils sont inférieurs de moins de la moitié au SFR établi pour une grande ville comme Toronto et de 30 p. 100 inférieurs aux SFR établis pour les régions rurales. Dès que le parent travaille, la situation change.

Dans les cas B, C et D, les SFR pour les grandes régions urbaines sont supérieurs aux ressources nécessaires pour un budget de subsistance. Dans le cas D, où le coût du logement est faible, les SFR des régions rurales dépassent le budget de subsistance de 30 p. 100. Ces coûts budgétaires sont toutefois généralement plus élevés que les seuils de pauvreté pertinents, établis par Sarlo.

# CHAPITRE V

## DIVERS MODÈLES DE MESURE DE LA PAUVRETÉ :

### LE BUDGET DE SUBSISTANCE

Plus tôt dans ce rapport, nous avons indiqué qu'il serait souhaitable d'établir une mesure absolue de la pauvreté. Dans ce chapitre, le Comité propose diverses façons de procéder. Il existe plusieurs modèles dont on peut s'inspirer, entre autres celui proposé par le professeur Sarlo et les lignes directrices budgétaires du Dispensaire diététique de Montréal. On peut également se servir des lignes directrices pour la détermination de l'insuffisance du revenu, utilisées par divers organismes d'aide sociale partout au Canada. Malheureusement, nombre de ces lignes directrices ne donnent pas suffisamment de précisions sur les allocations individuelles. Il existe également une étude plus récente<sup>26</sup>, faite par deux universitaires américains, qui tâche d'établir une mesure de la pauvreté pour l'année 1989 en fonction d'un budget de subsistance et qui se veut une solution de rechange à la mesure officielle de la pauvreté en vigueur aux États-Unis. Les auteurs de l'étude estiment que cette mesure est plus réaliste et appropriée en ce qui concerne les normes de consommation qu'elle établit pour les pauvres.

Cette étude visait à calculer le coût du budget de subsistance d'une famille monoparentale dans différentes situations et de déterminer le revenu après impôt et après transfert qui serait nécessaire pour permettre à une famille de subvenir à ses besoins de subsistance. Contrairement à diverses autres études sur la pauvreté, cette étude a également voulu tenir compte des avantages non pécuniaires dont disposent diverses familles à faible revenu aux États-Unis, qu'ils soient fournis par le gouvernement ou le secteur privé. Elle prend aussi en considération l'impôt sur le revenu pour l'évaluation des ressources économiques dont disposent les familles pour pourvoir à ces besoins. Telles est l'approche proposée par le Comité pour établir des normes de revenu insuffisant à l'intention des familles canadiennes. On en donnera certains exemples ci-dessous.

Le Tableau V:1 ci-dessous indique les totaux du budget de subsistance établi par Renwick/Bergmann pour quatre familles monoparentales se composant chacune de trois personnes. Les montants en dollars américains ont été convertis en dollars canadiens de 1992. Le tableau présente également certaines mesures comparables au Canada. Les besoins budgétaires qui y figurent ont été modifiés en ce qui concerne un aspect très important — les montants consacrés aux soins de santé ont été considérablement réduits, puisqu'au Canada le régime de soins de santé n'impose aucun coût pour la plupart des services indiqués dans le budget américain. On a toutefois conservé une allocation pour ce que l'article désigne comme les coûts directs des soins de santé.

Le cas A porte sur un parent seul avec deux enfants, qui reste à la maison et vit dans le centre d'un État du Midwest américain. Dans cet exemple, le coût du logement est modéré comparativement aux autres cas présentés dans l'article. Bien que selon ce budget de







revenus, surtout lorsque leur chef est une femme, on sait moins que les familles monoparentales dont le chef travaille peuvent se trouver dans une situation plus précaire que les familles

bénéficiaires de l'aide sociale, malgré un revenu brut supérieur.

Le Comité a entendu les témoignages du professeur Christopher Sario à ce sujet. Ce dernier a fait remarquer qu'un parent unique dont le revenu avant impôt est supérieur au seuil de la pauvreté peut avoir un niveau de vie qui ne dépasse pas celui d'une famille de type semblable bénéficiaire de l'aide sociale et dont le revenu est inférieur au SFR. La première ne serait pas considérée pauvre tandis que la seconde le serait et ce, en raison de trois grands facteurs. Le parent qui travaille doit payer de l'impôt, contrairement au parent bénéficiaire de l'aide sociale. De plus, le parent qui travaille doit assumer des frais de garde que n'assume pas le parent qui ne travaille pas. Enfin, le parent qui ne travaille pas peut avoir accès à des avantages non pécuniaires dont on ne tient pas compte dans le cadre de ses prestations d'aide sociale.

Le professeur Jane Friesen, de l'Université Simon Fraser, a expliqué au Comité pourquoi les familles monoparentales dont le parent travaille peuvent avoir un niveau de vie inférieur à celui que laisserait supposer leur revenu. Elle a mis en particulier l'accent sur les contraintes de temps auxquelles sont assujetties de telles familles.

Une famille peut profiter d'un certain niveau de vie de diverses façons. Elle peut toucher un revenu marchand et utiliser ce revenu pour acheter des biens et des services, ou elle peut, à l'autre extrême, renoncer à ce revenu pour produire ces biens et ces services à la maison. Les repas familiaux en sont un bon exemple. On peut acheter des produits alimentaires de base et préparer soi-même ses repas, ou acheter des aliments semi-apprêtés, qui coûtent plus cher, mais qui sont rapides à préparer. On peut également faire livrer à domicile des mets prêts à manger ou aller au restaurant. La commodité se paye. Mais, dans le cas d'un parent seul qui travaille, le temps devient un bien précieux qui incite à opter pour la commodité. Or, c'est un facteur dont on ne tient pas compte lorsqu'on établit des seuils de faible revenu car en règle générale, on n'y fait pas la distinction entre une famille monoparentale avec un enfant et une famille de deux adultes. Ces seuils ne distinguent pas non plus les familles de travailleurs des familles de non-travailleurs.

Selon le professeur Friesen, ces différences n'influent pas uniquement sur le coût de l'alimentation. Elles influent également sur le coût de l'habillement puisque confectionner et raccommoder soi-même ses vêtements prend beaucoup de ce temps si précieux. De plus, le coût du logement pour une famille monoparentale peut être habituellement plus élevé que pour une famille de deux adultes comptant le même nombre de personnes. Les SFR n'en tiennent pas

compte, pas plus que les MFR.

Cependant, c'est au niveau des frais de garde, qui peuvent être d'ailleurs considérables, que la distinction est probablement la plus importante. Certains frais de garde sont subventionnés et le régime de prestations familiales du gouvernement ontarien paie les frais de garde des parents seuls qui travaillent et dont le revenu net serait autrement inférieur au niveau d'accès à l'aide sociale, mais ce ne sont pas tous les parents célibataires qui tirent profit de ces programmes, même s'ils y ont droit. Ainsi, il arrive encore que certains parents qui travaillent et élèvent seuls leurs enfants aient un niveau de vie inférieur à celui d'une famille où vivent deux adultes et dans certains cas inférieur à celui de parents seuls qui ne travaillent pas. Les mesures de faible revenu ne tiennent pas compte de ces différences et par conséquent minimisent probablement l'étendue du problème de l'insuffisance des revenus dans le cas des parents seuls qui travaillent.

Ces statistiques montrent des revenus très inférieurs aux niveaux de soutien du revenu établis pour les programmes gouvernementaux, ce qui nous porte à croire que ces célibataires et familles n'ont pas accès à ces programmes. Dans ces cas, le revenu annuel déclaré constitue alors un mauvais outil de mesure pour juger du bien-être économique de ces personnes, ce qui entraîne une distorsion dans l'évaluation de l'insuffisance des revenus au Canada.

## C. LES ÉTUDIANTS

On croit généralement que plus une personne est instruite, moins elle risque d'être pauvre. C'est une opinion qui est largement acceptée et qui s'appuie sur de nombreuses données empiriques. Pourtant, les statistiques sur les faibles revenus, produites par les SFR, donnent des résultats étonnants, voire déconcertants.

Pourquoi les personnes qui ont fait des études postsecondaires et les familles dont le chef a fait des études postsecondaires sont-elles surreprésentées dans le groupe à faible revenu? Dans le premier cas, elles représentent 9,5 p. 100 de la population pertinente mais 10,2 p. 100 de la population à faible revenu. Dans le cas des familles, elles représentent 7,3 p. 100 de la population et 9,1 p. 100 du groupe à faible revenu. En ce qui concerne les détenteurs de certificats ou de diplômes d'études postsecondaires ou universitaires, la proportion d'entre eux ayant un faible revenu est inférieure à leur proportion générale dans la population. Il n'en reste pas moins relativement étonnant que les détenteurs de certificats d'études postsecondaires représentent plus de 15 p. 100 de la population à faible revenu ou que les détenteurs de diplômes universitaires représentent plus de 7 p. 100 de cette même population.

D'aucuns pourraient en conclure que les études supérieures ne garantissent pas aux étudiants une situation satisfaisante sur le plan économique. Or, plus vraisemblablement, ces statistiques portent sur des particuliers et des familles dont les chefs sont toujours aux études. Comme il s'agit d'étudiants, leur revenu est relativement faible. Le plus important toutefois, c'est que les enquêtes sur le revenu ne tiennent pas compte d'une bonne part de leur pouvoir d'achat. Bien que les bourses soient considérées comme un revenu, les prêts et les cadeaux ne le sont pas. Ce sont des ressources importantes pour les étudiants et en les excluant, on se trouve à donner une idée faussée de leur niveau de vie.

Les étudiants fréquentant des établissements postsecondaires choisissent volontairement de s'instruire. Ils acceptent de renoncer à des revenus parce qu'ils pensent qu'ils pourront ainsi toucher un revenu plus élevé plus tard et que cette formation plus poussée leur procurera d'autres gratifications. La plupart d'entre eux ne souffrent pas de leur faible niveau de vie de la même façon que les personnes véritablement pauvres. Inclure ces étudiants dans les dénombrements des pauvres ne sert qu'à fausser notre perception de la pauvreté au Canada.

Cela ne veut pas dire que certains étudiants n'ont pas un revenu insuffisant. Certains d'entre eux doivent subvenir aux besoins de leur famille et connaissent des difficultés financières pendant leurs études. Le Comité estime que des renseignements plus précis s'imposent pour évaluer la situation financière des étudiants et il formule une recommandation en ce sens à l'intention de Statistique Canada.

## D. LES TRAVAILLEURS À FAIBLE REVENU

En règle générale, les faibles revenus ou la pauvreté sont plus fréquents chez les personnes célibataires que chez les familles de même que chez ceux qui n'ont pas d'emploi. S'il est bien connu que les familles monoparentales vivent souvent dans la pauvreté ou avec de faibles



Si ces avoirs constituent une autre variable à prendre en compte pour évaluer la situation économique d'une famille, il est clair que les mesures de Statistique Canada donnent lieu à une certaine exagération du nombre de pauvres.

Certains Canadiens, y compris des propriétaires, vivent dans des logements inhabitables. Certains vivent dans des régions rurales où la valeur des maisons est très faible et serait difficilement convertibles en disponibilités. Dans de tels cas, la propriété d'une maison pourrait facilement coïncider avec une situation d'inégalité du revenu. Il pourrait en être de même des personnes âgées qui sont propriétaires d'une maison.

## B. LE REVENU D'UN TRAVAIL INDÉPENDANT ET LE REVENU DE PLACEMENT

Le revenu total imposé des familles comprend le revenu net d'un travail indépendant et le revenu net de placement, dont le montant peut être négatif. Au cours de l'année d'imposition de 1990, selon les statistiques de Revenu Canada, près de 400 000 déclarants dont le revenu total imposé était inférieur à 20 000 \$ ont déclaré des revenus d'un travail indépendant ou d'entreprise négatifs de 2 000 \$ en moyenne. Près de 63 000 déclarants ont déclaré des montants négatifs s'élevant en moyenne à 16 500 \$, ramenant ainsi leur revenu total imposé à -12 500 \$.

Ces pertes sont réelles mais elles ne signifient pas que ces contribuables étaient dans le besoin au cours de l'année en question. Dans bien des cas, elles témoignent des difficultés financières passagères de familles qui ont les ressources nécessaires pour s'en sortir. De plus, le fait que le revenu d'un contribuable soit déficitaire en totalité ou en partie ne veut pas dire qu'il appartient à une famille à faible revenu. Malheureusement, les statistiques des déclarants ne nous fournissent pas toutes les précisions dont nous avons besoin sur le revenu familial.

Quoi qu'il en soit, dans le cadre des enquêtes sur le revenu, ces pertes ont effectivement pour effet de réduire le revenu familial des répondants et de faire passer certaines familles en deçà des seuils ou des mesures de faible revenu.

Selon les données de Statistique Canada, environ 93 000 célibataires, soit 2,7 p. 100 du total, avaient un revenu total inférieur à 2 500 \$ en 1991. En tout, les pertes résultant d'un revenu de placement et d'un revenu de travail indépendant pour ce groupe de 93 000 contribuables dépassent les gains de 84 millions de dollars. Au cours de la même année, 2,4 p. 100 des familles affichaient un revenu inférieur à 10 000 \$. Leurs pertes totales découlant d'un travail indépendant dépassaient leurs gains de 157 millions de dollars. Pour beaucoup, il s'agit de pertes temporaires. Elles ne sont pas nécessairement l'indice de problèmes de liquidités ni ne reflètent nécessairement la véritable situation économique de ces familles. Dans la mesure où cette affirmation est juste, les conclusions tirées en fonction du dénombrement, par Statistique Canada, des familles à faible revenu, pourraient être une fois de plus exagérées.

QUI SONT LES PAUVRES?

Une mesure exacte de l'insuffisance des revenus ne doit pas nous indiquer uniquement l'étendue générale de la pauvreté au Canada, ni le nombre total de personnes pauvres. Elle doit nous préciser quels sont les groupes chez qui la pauvreté est plus fréquente et ceux chez qui elle ne l'est pas. Le Comité estime que certains groupes considérés aujourd'hui comme pauvres ne le sont pas, tandis que d'autres, plus susceptibles de l'être, sont rangés à tort vivre parmi ceux qui vivent au-dessus du seuil de la pauvreté. Si tel est le cas, nos efforts pour atténuer la pauvreté ne sont peut-être pas axés sur les véritables secteurs névralgiques.

Selon les témoignages entendus par le Comité, les mesures statistiques utilisées aujourd'hui ne tiennent pas adéquatement compte des circonstances propres aux chefs de famille monoparentale, particulièrement ceux qui travaillent à l'extérieur. Par ailleurs, le revenu annuel de divers groupes est souvent évalué en deçà des seuils de faible revenu, bien que leurs circonstances leur assurent un niveau de vie tout à fait suffisant et satisfaisant. Néanmoins, on les considère comme des personnes à faible revenu ou même des personnes pauvres.

A. LES PROPRIÉTAIRES DE RÉSIDENCE

Le revenu annuel n'est pas nécessairement révélateur de la situation économique d'une famille, entre autres parce qu'il ne donne aucune indication de la richesse cumulative de cette famille. La possession d'une résidence en est un bon exemple.

**La possession d'une résidence et la pauvreté ne vont habituellement pas de pair, mais 40 p. 100 des familles «pauvres» sont propriétaires d'une résidence et la moitié de ces familles n'ont aucune hypothèque.**

En 1991, 7,2 p. 100 des familles et 28,9 p. 100 des célibataires propriétaires d'une résidence non hypothéquée avaient des revenus en deçà du seuil de faible revenu de 1986 pour leur catégorie. La possession d'une propriété est habituellement considérée comme le symbole de la réussite financière. Pourtant, selon les mesures du SFR, on continue à l'associer aux revenus faibles. C'est ainsi que 19,5 p. 100 de l'ensemble des familles et 14,9 p. 100 de l'ensemble des personnes célibataires considérées à faible revenu possédaient leur propre résidence non hypothéquée. Leur statut de propriétaire semble contredire le jugement voulant qu'ils soient pauvres. Il montre non seulement qu'ils disposent d'un actif appréciable, mais aussi que leurs frais de logement sont relativement faibles.

Parmi les propriétaires dont la résidence est hypothéquée, certains ont encore une bonne part de leur dette à payer alors que d'autres l'ont presque entièrement acquittée. Jusqu'à tout récemment, l'achat d'une maison nécessitait une mise de fonds d'au moins 10 p. 100 et dans la







Tableau III:2

SEUILS DE PAUVRETÉ POUR MONTRÉAL — 1992  
ESTIMATIONS DU DDM  
FAMILLE DE QUATRE PERSONNES  
BUDGET MENSUEL

BUDGET DE CONFORT MINIMUM	BUDGET DE SUBSISTANCE	LOYER
414	414	
1 109,1	808,47	TOUT LE RESTE (CHAUFFAGE INCLUS)
1 011,15	706,54	TOUT LE RESTE (CHAUFFAGE NON INCLUS)
17 885,4	14 229,92	TOTAL ANNUEL

LOYER MOYEN POUR UN APPARTEMENT DE TROIS CHAMBRES À COUCHER  
CÔÛT DE CHAUFFAGE ÉTABLI EN FONCTION DE HUIT MOIS D'UTILISATION

Tableau III:1

SEUILS DE PAUVRETÉ AU CANADA — Estimations de 1988 mises à jour en  
dollars de 1992  
ESTIMATIONS DE SARLO

NOMBRE DE PERSONNES PAR FAMILLE						
	UN	DEUX	TROIS	QUATRE	CINQ	SIX
T.-N.	7 895 \$	10 779 \$	13 632 \$	16 085 \$	18 059 \$	19 966 \$
I.-P.-E.	6 953	9 479	12 523	15 685	17 551	19 357
N.-E.	6 820	9 503	12 559	16 497	18 393	20 226
N.-B.	6 649	9 177	11 737	14 263	16 105	17 887
Qc	6 690	9 669	12 303	15 129	17 094	18 992
ONT.	7 563	10 549	13 626	16 951	18 860	20 704
MAN.	6 806	9 853	12 965	16 188	17 936	19 629
SASK.	6 259	9 463	12 306	15 086	16 881	18 619
ALB.	6 595	9 506	12 573	15 341	17 229	19 054
C.-B.	7 196	10 004	13 339	16 504	18 387	20 208



Lorsque d'autres pays établissent un quelconque seuil de pauvreté officiel ou semi-officiel, ils utilisent souvent des chiffres servant également à des fins administratives<sup>25</sup>. Ce seuil correspond souvent au niveau auquel le revenu devient imposable ou à celui auquel un particulier ou une famille devient admissible à l'aide sociale. En Belgique, le seuil est établi en fonction de la pension de vieillesse. En Suède, il est égal au niveau de revenu à partir duquel il devient imposable, bien qu'il soit établi au départ selon l'estimation du coût d'un panier à provisions. En Autriche, il existe divers seuils tous établis selon les taux de pension.

Cependant, la plupart des pays n'ont pas de seuil officiel de la pauvreté.

---

25 B. Phillips Will, *La pauvreté : ce phénomène intangible qui échappe à la définition ou à la mesure*, Document de travail interne Statistique Canada, Ottawa, mai 1986.

Les besoins alimentaires sont déterminés à partir du Standard canadien de nutrition 1975. Au moment de choisir les denrées à inclure dans ce panier, le DDM examine les habitudes réelles de dépenses des familles se situant dans les trois déciles inférieurs et choisit des aliments nutritifs et peu coûteux en fonction de ces habitudes. Les normes relatives aux vêtements se fondent sur les normes établies par le DDM en 1959.

Les autres éléments du budget de subsistance ont trait aux soins personnels, à l'entretien ménager, aux services et au chauffage. L'allocation de confort minimum comprend d'autres rubriques comme les allocations personnelles, les journaux, le téléphone, le mobilier et les réparations, les loisirs, etc. Le budget de subsistance est destiné à pourvoir aux besoins d'une famille vivant dans la pauvreté sur une courte période, tandis que le budget de confort minimum est établi en fonction d'une période minimale plus longue. Une comparaison des deux budgets figure au Tableau III:2 pour une famille de quatre personnes.

Ce budget de subsistance est inférieur d'environ 6 p. 100 au seuil de pauvreté calculé par le professeur Sarlo pour la province de Québec, comme l'indique le Tableau III:1. Les seuils établis par ce dernier sont plus exhaustifs que les budgets de subsistance du DDM, mais ils rentrent moins d'éléments que les budgets de confort minimum du DDM et sont, par conséquent, inférieurs de 15 p. 100 à ces derniers.

Les seuils du professeur Sarlo n'allouent rien pour les loisirs, les fournitures scolaires ou les activités religieuses. Par ailleurs, ses mesures de la pauvreté, pour la ville de Montréal, semblent prévoir des coûts de logement supérieurs à ceux établis par le DDM à partir des loyers moyens.

## D. MÉTHODES DE MESURE DE LA PAUVRETÉ EMPLOYÉES À L'ÉTRANGER

Il est d'usage courant dans le milieu universitaire de faire de la pauvreté une analyse purement relative. La mesure relative la plus communément employée aujourd'hui est l'équivalent de la mesure du faible revenu (MFR) de Statistique Canada. C'est celle qui a été utilisée dans l'Étude du revenu faite récemment au Luxembourg<sup>24</sup> et c'est aussi celle qu'applique l'Organisation pour la coopération et le développement économiques (OCDE) pour calculer son indice de difficulté matérielle.

D'après ces mesures, le degré de pauvreté est plus élevé dans les économies fortes et diversifiées, et plus faibles dans les économies petites et homogènes qui constituent un marché du travail monolithique et compact. Les analyses comparatives qui combinent le Portugal et l'Allemagne, par exemple, donnent pour le Portugal un taux de pauvreté supérieur à ce qu'il serait si le pays faisait seul l'objet de l'analyse. On peut établir une analogie entre le Canada et une Europe unifiée. La MFR indique que le taux de pauvreté à Terre-Neuve et dans l'Île-du-Prince-Édouard est de plus de 18 p. 100. Mais lorsqu'elle est calculée pour chacune des deux provinces, leurs taux de pauvreté tombent respectivement à 10 et 6 p. 100. Ces provinces ont une plus grande homogénéité interne que l'ensemble de l'économie canadienne. Par contre, la MFR calculée pour l'Ontario gonfle le taux de pauvreté de la province. Celle-ci se caractérise par un revenu moyen élevé et une économie diversifiée, avec pour résultat que certains de ses habitants, en dépit d'un revenu supérieur à la moyenne nationale, se trouvent sous la moyenne ontarienne. Par contre, n'appliquer les mesures relatives qu'aux petites économies a pour effet de réduire l'importance globale de la pauvreté mesurée.

Les normes relatives au logement s'inspirent des lignes directrices de la SCHL, même si elles n'ont pas été révisées ultérieurement pour tenir compte des changements apportés depuis à ces dernières. Elles permettent, par exemple, qu'un jeune enfant partage une chambre à coucher avec ses parents, et que deux enfants de 16 ans et plus partagent une chambre à coucher, s'ils sont du même sexe. Dans les deux cas, ces arrangements ne sont pas considérés comme acceptables selon les lignes directrices actuelles de la SCHL.

Les lignes directrices se divisent en deux parties : l'une portant sur la définition des besoins de subsistance et l'autre sur l'établissement d'une norme de confort minimum. Les huit éléments identifiés comme des besoins de subsistance servent à maintenir l'unité de la famille et à préserver la santé et la dignité de ses membres. Les dix éléments nécessaires pour atteindre un niveau de confort minimum visent à favoriser une intégration minimale dans la société et à assurer le bon fonctionnement physique de la famille.

Ces lignes directrices sont préparées pour servir «non seulement de guide budgétaire aux familles mais aussi de base à la planification d'un programme d'assistance aux familles démunies»<sup>23</sup>. Elles sont établies spécifiquement en fonction de la région montréalaise, même si l'essentiel de leur contenu pourrait aussi s'appliquer ailleurs.

Les premières lignes directrices sur le budget minimal publiées par le Dispensaire diététique de Montréal datent de 1959. Depuis 1961, ce même organisme publie un document intitulé *Budget de subsistance et budget de confort minimum*, dont la dernière version a été mise à jour en juin 1992.

## C. LES LIGNES DIRECTRICES DU DISPENSIRE DIÉTÉTIQUE DE MONTRÉAL

Ces seuils de pauvreté, mis à jour en fonction des prix de 1992, figurent au Tableau III:1. mobilier sont étalées.

Les normes relatives aux vêtements s'inspirent de celles du Dispensaire diététique de Montréal, et les prix sont établis à partir d'un catalogue national. Les coûts de transport se fondent sur l'utilisation du transport en commun et sont calculés en fonction d'un compromis entre divers scénarios, dont l'un a comme point de référence les coûts de transport pour se rendre au travail. Les seuils de pauvreté englobent les dépenses pour le téléphone, les soins personnels, etc. Les coûts de mobilier sont aussi calculés en fonction d'un ménage déjà établi dont les dépenses de

D'importantes économies d'échelle peuvent être réalisées dans les coûts de logement par personne. En conséquence, cette dépense influe considérablement sur le seuil de pauvreté calculé par Sario pour une personne seule, puisqu'elle représente, par exemple, 61 p. 100 de ce seuil à Victoria, et 66 p. 100 à Toronto. Pour une famille de quatre, cette proportion n'est que de 46 p. 100 à Victoria, et de 53 p. 100 à Toronto. Dans les plus petites localités, comme Chicoutimi les coûts de logement représentent 55 p. 100 du seuil de pauvreté pour une personne seule et 37 p. 100 pour une famille de quatre.

Les normes relatives aux logements de location sont des variantes de celles utilisées par le Dispensaire diététique de Montréal. Les normes du professeur Sario sont moins généreuses que celles du DDM et considérablement moins souples que celles de la SCHL. Les calculs de Sario ne permettent pas, par exemple, la location d'un appartement de plus de trois chambres à coucher.



## B. LES SEUILS DE PAUVRETÉ DE SARLO

En 1992, le professeur Christopher Sarlo a publié un ouvrage<sup>22</sup> sur la pauvreté qui remet en question la prudence que nous affichons habituellement à l'égard des seuils de pauvreté et des chiffres relatifs à la fréquence de la pauvreté. Dans ce livre, il propose une conception absolue de la pauvreté et la définit comme l'incapacité d'acquiescer les biens et les services nécessaires au bien-être physique à long terme. L'auteur propose un ensemble de biens et de services généraux nécessaires pour satisfaire à cette définition fonctionnelle de la pauvreté, énumère les éléments spécifiques à chaque grande catégorie et établit le coût d'acquisition de ces biens et services. Le coût total calculé pour des familles de tailles diverses habitant différentes villes correspond aux seuils de pauvreté pertinents. Ces seuils représentent le niveau de vie minimal nécessaire au bien-être physique à long terme. Comme il est mentionné au chapitre II, ce niveau de vie est inférieur de 10 à 15 p. 100 à celui associé aux SFR de Podoluk, qui étaient considérés à l'époque comme représentatifs d'un faible revenu et non d'un état de pauvreté.

L'alimentation, le logement et les vêtements sont évidemment au nombre des éléments généraux composant cet ensemble. On y trouve en outre des rubriques pour les soins personnels, les soins de santé, le transport et le téléphone. L'auteur ne prévoit pas de dépenses au chapitre des loisirs. Néanmoins, contrairement à la mesure américaine, sa liste est très exhaustive et rend, par conséquent, inutile l'utilisation d'un multiplicateur pour établir le seuil de pauvreté.

Dans chaque catégorie, certains critères sont établis aux fins de l'établissement des besoins de consommation minimale. Les dépenses alimentaires se fondent sur les besoins nutritionnels établis à partir du Guide alimentaire canadien et sur certaines contraintes relatives au goût, que le professeur Sarlo estime satisfaisante en dressant une liste d'aliments populaires et largement accessibles.

Il se sert d'une technique d'optimisation appelée programmation linéaire pour établir le coût minimal de ce panier à provisions, sous réserve des contraintes susmentionnées. Ses résultats pour une famille de quatre personnes diffèrent sensiblement de ceux d'autres organismes. Ainsi en 1988, ce coût s'élevait à 4 052 \$, comparativement à 6 075 \$ pour le panier à provisions nutritif d'Agriculture Canada, à 5 360 \$ pour le budget du Dispensaire diététique de Montréal et à 7 000 \$ pour celui du *Social Planning Council of Metropolitan Toronto*. En 1989, Agriculture Canada a commencé à compiler les prix pour établir le coût d'un panier à provisions nutritif *Thrifty*. À l'heure actuelle, le coût de ce panier est inférieur d'environ 13 p. 100 à celui du panier à provisions nutritif et se situe à peu près au même niveau que celui du panier proposé par le Dispensaire diététique de Montréal.

Les chiffres de Sarlo ont ceci de particulier qu'ils se fondent sur des stratégies d'économie explicites. Cela n'est pas le cas des autres, en particulier les paniers à provisions d'Agriculture Canada, qui excluent l'utilisation de coupons de magasins et l'achat de produits sans nom. En outre, les enquêtes sur les prix se fondent sur des formats d'emballage qui ne sont pas nécessairement les moins chers.

Les coûts de logement constituent l'autre grande catégorie de dépenses dont il faut tenir compte. Dans le cas des pauvres, on part de l'hypothèse que ceux-ci sont locataires plutôt que propriétaires et que le coût de leur logement se situe dans la moitié inférieure du marché, ce qui, selon les chiffres de la SCHL, donne habituellement un loyer inférieur de 10 p. 100 à la moyenne.



L'autre surestimation potentiellement importante du taux de pauvreté est attribuable au fait que les avantages matériels ne sont pas considérés comme des revenus lorsqu'il s'agit de comparer le revenu des ménages au seuil de pauvreté. Lorsque la mesure américaine de la pauvreté a été établie et évaluée, les revenus en nature étaient rares. Exception faite de la production alimentaire des ruraux et de quelques logements subventionnés, les revenus en nature étaient peu fréquents. Ce n'est plus le cas aujourd'hui. Pour donner un ordre d'idée, en 1960, l'écart entre revenus et avantages matériels accordés par le gouvernement était de 4,33 à 1. En 1984, ce rapport était totalement inversé, s'établissant à 0,43 à 1<sup>19</sup>.

De nos jours, beaucoup d'Américains reçoivent des avantages matériels comme des coupons alimentaires, des logements subventionnés et des soins médicaux gratuits. Il est fort simple d'estimer la valeur, pour les familles, des coupons alimentaires : il s'agit de la valeur des denrées fournies. La chose n'est pas si simple pour d'autres avantages. C'est le cas des soins médicaux, mais aussi du logement, étant donné la façon dont les subventions sont accordées. La subvention prend la forme d'un bon, sa valeur sera égale à celle du bon, un peu comme dans le cas des coupons alimentaires. L'évaluation est plus difficile lorsque l'aide se présente comme une offre de logement social à prendre ou à laisser.

L'importance de ces avantages ressort dans un rapport récent du U.S. Bureau of the Census. Parmi toutes les personnes sous le seuil de pauvreté, 43,6 p. 100 font partie d'un ménage qui touche une aide en argent versée après vérification des revenus tandis que 73 p. 100 font partie d'un ménage qui a droit à une aide, de quelque nature que ce soit, accordée après vérification de revenus. Ainsi, 56 p. 100 de ces personnes font partie d'un ménage qui a droit au programme *Medicaid*, 50 p. 100, d'un ménage qui reçoit des coupons alimentaires; et 20 p. 100, d'un ménage qui vit dans un logement subventionné<sup>20</sup> dont le coût estimatif varie entre 4 000 \$ à 4 500 \$ par famille<sup>21</sup>. Ces prestations non pécuniaires constituent pour de nombreuses familles la forme d'aide sociale la plus importante. Ne pas en tenir compte équivaut à sous-estimer le niveau de vie des pauvres.

De nombreux autres aspects de la mesure de la pauvreté aux États-Unis ont fait l'objet de débats. Aux États-Unis comme au Canada, les mesures de la pauvreté ou de faible revenu n'ont pas compte des biens mis à la disposition de la population considérée comme pauvre. Ces mesures sont établies d'après les résultats d'enquêtes sur le revenu; or, dans ces enquêtes certains ménages ne déclarent pas tout et d'autres ne sont pas rejoins. Certains s'interrogent également sur le choix de meilleures échelles d'équivalences, etc. Les problèmes les plus importants et les plus litigieux sont cependant ceux dont il est question plus haut.

La mesure de la pauvreté aux États-Unis fait actuellement l'objet d'un examen très approfondi et d'un intense débat. Celui-ci est important parce que la mesure américaine a ceci d'original qu'elle a un caractère officiel et qu'elle repose sur une conception absolue de la pauvreté. L'issue de ce débat ne laisse donc pas indifférents les Canadiens favorables à l'adoption d'une mesure de la pauvreté fondée sur le niveau de vie. En effet, d'aucuns estiment que cette mesure, telle qu'elle est utilisée, est imparfaite; la conséquence de ces lacunes se traduisant, selon certains, par une surestimation de la pauvreté et, selon d'autres, par une sous-estimation.

19 I.V. Sawhill, «Poverty in the U.S.: Why is it So Persistent?» in *Journal of Economic Literature*, vol. XXVI, sept. 1988, p. 1098.

20 U.S. Bureau of the Census (1992), p. xvii.

21 J.C. Weicher, dans *Measuring Poverty*, (1990), p. 85.

l'augmentation du taux de pauvreté est en fait infime. Elle est plus

importante que les diminutions dont il est question plus loin, lorsqu'on utilise la mesure expérimentale de l'IPC pour rajuster le seuil, et elle n'est pas élevée non plus comparativement à la valeur alternative des avantages matériels. La hausse de 7,4 p. 100 du taux de pauvreté est une donnée qui provient d'une étude réalisée par le *Congressional Budget Office*. Selon M<sup>me</sup> Ruggles, cette étude n'a tenu compte ni des modifications de la fiscalité qui ont abaissé l'impôt sur le revenu des familles à faible revenu, ni du crédit d'impôt sur le revenu gagné, qui annule presque totalement l'impôt restant, pour les familles ayant des enfants<sup>16</sup>. L'étude exagère donc l'ampleur de la sous-estimation du nombre de pauvres. Par conséquent, même si le revenu avant impôt ne convient nettement pas pour le calcul du seuil de pauvreté, et même si la question a été importante à six ou dix ans, elle ne l'est guère aujourd'hui, car le problème ne semble pas entraîner une grande distorsion dans le calcul du taux de pauvreté aux États-Unis.

M. John C. Weicher, témoignant devant le *Joint Economic Committee* du Congrès américain, soutient que le seuil officiel de la pauvreté aux États-Unis était jusqu'à 58 p. 100 trop élevé et que le nombre de pauvres était donc considérablement exagéré. Cette surestimation du nombre de pauvres pouvait également atteindre 58 p. 100 pour l'année 1987. Selon une opinion plus modérée, le seuil serait de 22 p. 100 trop élevé, et la fréquence de la pauvreté serait surestimée de 1 p. 100<sup>17</sup>.

Cette surestimation est attribuable, selon M. Weicher, aux caractéristiques techniques de l'indice des prix à la consommation (IPC) utilisé pour rajuster le seuil de pauvreté et au fait qu'on ne tient pas suffisamment compte des avantages matériels dont les pauvres profitent. L'IPC des États-Unis, comme d'ailleurs celui du Canada, vise à mesurer les changements dans le coût d'achat des produits de consommation, dont l'un est le logement. En 1983, l'*American Bureau of Labour Statistics* a modifié le mode de calcul de l'élément logement, ce qui a fait apparaître une rupture dans les chiffres par rapport aux années antérieures. La modification a été apportée pour donner suite aux critiques formulées dans les années 70 et selon lesquelles le coût du logement était surestimé, parce que l'IPC exagérât, avant 1983, le taux d'inflation. Ainsi, les données actuelles de l'IPC ont intégré les taux d'inflation excessifs qui figuraient dans les chiffres plus anciens des années 70. Selon M. Weicher, tout au long de cette décennie, la mesure officielle de la pauvreté a montré une augmentation du taux de pauvreté, alors que cela aurait dû être l'inverse. En 1987, l'utilisation de cette mesure officielle gonflait d'environ 1,5 point, soit de 2,5 millions de personnes, le taux de pauvreté des États-Unis<sup>18</sup>.

Patricia Ruggles, *Drawing the Line — Alternative Poverty Measures and their Implications for Public Policy*, Urban Institute Press, Washington, D.C., 1992, p. 137.

Ruggles, 1992, p. 138.

Exposé de John C. Weicher, *Measuring Poverty*, audience du Joint Economic Committee, Congrès américain, 101<sup>e</sup> Congrès, 2<sup>e</sup> session, 14 juin 1990.

Dans les données originales, le coût du logement comprenait l'entretien, les impôts fonciers, l'assurance, etc., ainsi que le coût total de l'acquisition, c.-à-d. le prix d'achat plus les versements hypothécaires pendant 15 ans. Ainsi, lorsque les taux hypothécaires étaient élevés et le prix des maisons à la hausse, ces données ont été considérablement majorées. Le prix du logement est maintenant calculé à l'aide de frais de location équivalents.



Tel qu'il est appliqué aujourd'hui, ce seuil constitue essentiellement une mesure absolue de la pauvreté. Il montre dans quelle mesure des personnes peuvent atteindre un niveau de vie constant et défini. C'est précisément sur ce plan qu'il est critiqué. Les revenus ont progressé plus rapidement que les prix, de sorte que le niveau de vie réel des familles américaines s'est élevé dans l'ensemble. Le revenu réel de ceux qui se situent au seuil est quant à lui demeuré constant. C'est pourquoi il se situe aujourd'hui plus bas, par rapport au revenu familial médian, qu'en 1960, et pourquoil il est aussi de beaucoup inférieur aux mesures canadiennes de la pauvreté, qui suivent une évolution parallèle à celle du revenu familial en général.

Dans une étude récente<sup>14</sup> effectuée par le personnel du *Joint Economic Committee* (JEC) du Congrès des États-Unis, on critique le seuil officiel de pauvreté et on préconise l'adoption d'une approche plus relative. En effet, ce document analyse une mesure purement relative correspondant à la moitié du revenu familial médian, les auteurs signalant que cette mesure traduirait mieux les changements qui surviennent dans l'économie américaine. Une telle mesure équivaldrait à la mesure de faible revenu (MFR) de Statistique Canada. Le seuil de la pauvreté selon une mesure relative semblable, aurait été en 1987 de 14 p. 100 supérieur au seuil officiel et de 25 p. 100 plus élevé que le seuil expérimental publié par le U.S. Bureau of the Census afin de tenir compte du biais inhérent à l'IPC américain. Par conséquent, pour une même année, le seuil de pauvreté aurait été de 19 p. 100 supérieur à celui que donne le seuil officiel et de 34 p. 100 supérieur au seuil expérimental.

L'autre solution envisagée dans l'étude du JEC, et celle qui est privilégiée, est la mise à jour du multiplicateur puisque la famille américaine type ne dépenserait plus le tiers de son revenu pour l'alimentation, mais seulement entre le cinquième et le sixième de celui-ci. Par conséquent, selon les auteurs, le seuil de pauvreté refléterait plus fidèlement les tendances réelles dans la consommation des pauvres s'il était fixé à six fois le coût du *Thrifty Food Plan*, version actualisée du régime alimentaire tout juste suffisant proposée par le *Department of Agriculture*. Si on applique ce multiplicateur, le taux de pauvreté en 1987 aurait été de 58 p. 100 supérieur au seuil officiel et de 7 p. 100 supérieur au seuil expérimental.

Les auteurs de l'étude du JEC soutiennent que l'évolution de la consommation alimentaire qui est attribuable à des changements dans les revenus ou dans les préférences devrait être prise pleinement en compte dans la mesure de la pauvreté. Dans un tel cas, la mesure américaine de la pauvreté acquerrait bon nombre des caractéristiques du SFR canadien. Il faudrait rajuster les seuils de pauvreté lorsque les modes de consommation sont évalués, à peu près une fois par décennie, en plus d'apporter des corrections annuelles en fonction de l'évolution des prix. Avec le temps, on observerait un rajustement périodique à la hausse des seuils, tout comme cela se produit pour le SFR canadien.

Une lacune évidente de la mesure officielle de la pauvreté est qu'elle ne tient pas compte de l'impôt sur le revenu. Ce reproche est analogue à celui dont les mesures canadiennes sont la cible. Lorsque Mme Orshansky a établi sa mesure de la pauvreté, le revenu des familles pauvres n'était assujéti à pratiquement aucun impôt. On ne peut prétendre la même chose aujourd'hui, et le plupart des analystes croient que les seuils de pauvreté ont été conçus pour tenir compte du revenu disponible et non du revenu brut. En ce sens, il est probable que les mesures de la pauvreté sous-estiment le nombre de pauvres. Comme Patricia Ruggles le signale, ce point n'est nullement contesté. Il est également certain que les ménages pauvres payaient beaucoup plus d'impôt ar

14 U.S. Congress, Joint Economic Committee, *Alternative Measures of Poverty*, étude du personnel, Washington, D.C., 18 octobre 1989.

## A. LA MESURE DE LA PAUVRETÉ AUX ÉTATS-UNIS

Les États-Unis, à la différence du Canada, dispose d'une mesure officielle de la pauvreté. Elaborée à peu près au même moment que ce qui allait devenir, au Canada, le seuil de faible revenu (SFR), elle a été conçue dans un esprit différent et elle a aussi suivi au fil du temps une évolution différente du seuil de faible revenu.

Selon M. Daniel Weinberg, du *U.S. Bureau of the Census*, le seuil de pauvreté américain tire son origine des travaux entrepris par Mollie Orshansky, dans les années 60, à la *Social Security Administration*. Le calcul du seuil se faisait assez simplement. Au milieu des années 50, les familles américaines typiques de trois personnes consacraient environ le tiers de leurs revenus à l'alimentation. Prenant comme limite inférieure le budget d'alimentation économique du *Department of Agriculture*, M<sup>me</sup> Orshansky a conclu que, si les familles pouvaient ramener à ce niveau leurs dépenses en alimentation, elles pouvaient aussi réduire dans les mêmes proportions leurs dépenses sur d'autres produits de première nécessité. C'est ainsi que les seuils de pauvreté de 1967 ont été établis à trois fois le budget d'alimentation jugé tout juste suffisant. Depuis le début, le seuil officiel de pauvreté aux États-Unis est rajusté chaque année d'après l'évolution de l'indice des prix à la consommation dans les villes. Avant d'être adoptés comme mesure officielle, les seuils ainsi calculés étaient rajustés d'après les fluctuations des seuls coûts de l'alimentation. Cette mesure de la pauvreté vise à représenter un niveau de vie constant au fil des années.

Selon la mesure officielle de la pauvreté aux États-Unis, plus de 35,7 millions d'Américains (14,2 p. 100) étaient pauvres en 1991. Cette proportion est plus élevée qu'à la fin des années 80, mais légèrement inférieure aux taux enregistrés lors de la récession de 1981-1982. Toujours selon cette mesure, 22 p. 100 des Américains étaient considérés comme pauvres en 1959<sup>13</sup>.

Le seuil de pauvreté établi aux États-Unis a fait l'objet d'études et de débats considérables. Certains estiment qu'il est trop bas et se traduit par une sous-estimation du nombre de pauvres. D'autres pensent le contraire. Certaines critiques ne portent que sur les aspects techniques de cette mesure tandis que d'autres découlent plutôt de divergences de vues sur la nature même de la pauvreté.

Le seuil américain représente une mesure budgétaire très simplifiée. Plutôt que de tenter de spécifier de façon détaillée le coût d'un panier précis de biens et de services, on utilise plutôt un coefficient multiplicateur établi à partir des habitudes de consommation de la population au moment de la conception du seuil afin de tenir compte implicitement des biens et services exclus. Le recours à ce multiplicateur a suscité certaines critiques ainsi que de la confusion au sujet de la signification exacte du seuil de pauvreté américain.

<sup>13</sup> U.S. Department of Commerce, Bureau of the Census, *Poverty in the United States* : 1991, série P-60, n° 181, Washington, D.C., août 1992.





# Aide sociale\*

Cas particulier	Aide sociale*		SFR brut, 1993†	SFR net, 1993†	Aide sociale annuelle et autres transferts en pourcentage des SFR nets	Différence entre l'aide sociale annuelle et les SFR
	Mensuelle	Annuelle				
Couple apte au travail (deux enfants de moins de 12 ans)	Aide sociale	1 530	Aide sociale	18 360		
			Médicaments/soins dentaires/lunettes	1 071		
			Allocation de retour à l'école	138		
			Allocation de vêtements d'hiver	210		
			Prestations fiscales pour enfants	2 040		
			Crédits d'impôt remboursables	1 051		
			<i>Sous-total</i>	22 870		
	Exemption STEP maximale <sup>1</sup>	660	Exemption STEP maximale <sup>1</sup>	7 920		
	<b>Total</b>	<b>2 190</b>	<b>Total</b>	<b>30 790</b>		
				30 767		
				23 752		
					96,3% Plus exemption STEP maximale : 121,0%	(883) Plus exemption STEP maximale : 4 997

\* Les taux d'aide sociale s'appliquent aux locataires et aux propriétaires et correspondent au maximum versé en date du 1<sup>er</sup> avril 1993

† Les chiffres correspondant aux SFR englobent les gains de même que les transferts fédéraux, comme les prestations fiscales pour enfants, le crédit de TPS remboursable, les crédits provinciaux d'impôt foncier et de taxe de vente pour 1993, établis en fonction du revenu imposable pour 1992. Estimation des SFR bruts (année de référence 1986 pour des villes de 500 000 habitants et plus) fournie par le Conseil national du bien-être, établie en fonction du taux d'inflation de 2,2 p. 100 prévue dans le discours budgétaire fédéral de 1992.

‡ Les chiffres correspondant aux SFR nets sont établis à partir d'une estimation du montant des déductions — c'est-à-dire, RPC, A.-C. et impôt sur le revenu (taux et structure de 1993) — qu'une personne ayant des gains équivalents paierait, et d'une majoration en fonction de la valeur de la prestation fiscale pour enfants et des crédits d'impôt remboursables

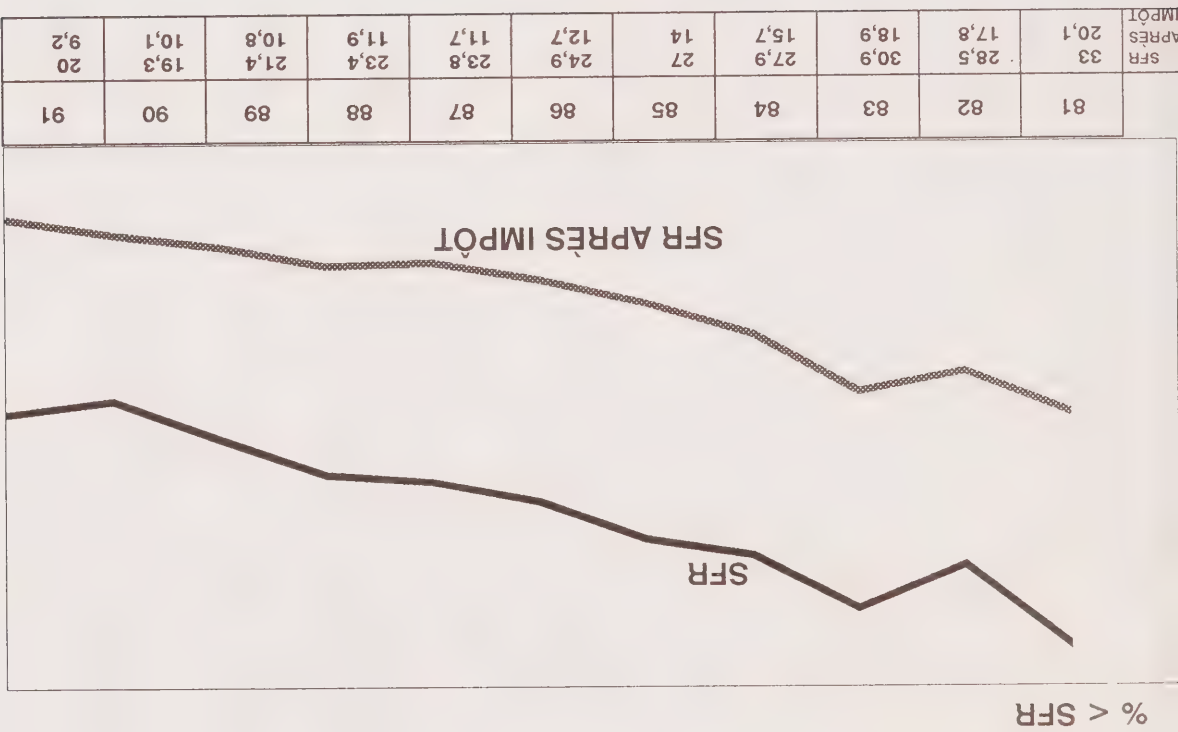
**Tableau II:2**  
**Comparaison des taux d'aide sociale et des estimations de seuils de faible revenu (SFR) de Statistique Canada**  
**Les chiffres correspondant aux SFR sont établis pour des centres urbains (≥ 500 000)**  
**et en fonction de différents cas particuliers, avril 1993**

Cas particulier	Aide sociale *		SFR brut, 1993† (annuel)	SFR net, 1993†	Aide sociale annuelle et autres transferts en pourcentage des SFR nets	Différence entre l'aide sociale annuelle et les SFR
	Mensuelle	Annuelle				
Célibataire apte au travail	Aide sociale 663 \$  Exemption STEP maximale <sup>1</sup> 296 <b>Total 959</b>	Aide sociale 7 956 \$ Médicaments/soins dentaires/lunettes 265 Crédits d'impôt remboursables 675 <i>Sous-total</i> 8 896 Exemption STEP <sup>1</sup> 3 552 <b>Total 12 448</b>	15 509 \$	12 689 \$	70,1% Plus exemption STEP maximale : 98,1%	(3 793 \$) Plus exemption STEP maximale : (241)
Célibataire handicapé	Aide sociale 930  Exemption STEP maximale <sup>1</sup> 470 <b>Total 1 400</b>	Aide sociale 11 160 Médicaments/soins dentaires/lunettes 731 Crédits d'impôt remboursables 611 <i>Sous-total</i> 12 502 Exemption STEP maximale <sup>1</sup> 5 640 <b>Total 18 142</b>	15 509	13 752	90,9% Plus exemption STEP maximale : 131,9%	(1 250) Plus exemption STEP maximale : 4 390
Monoparental (deux enfants de moins de 12 ans)	Aide sociale 1 386  Exemption STEP maximale <sup>1</sup> 637 <b>Total 2 023</b>	Aide sociale 16 632 Médicaments/soins dentaires/lunettes 743 Allocation de retour à l'école 138 Allocation de vêtements d'hiver 210 Prestations fiscales pour enfants 2 040 Crédits d'impôt remboursables 771 <i>Sous-total</i> 20 534 Exemption STEP maximale <sup>1</sup> 7 644 <b>Total 28 178</b>	26 721	20 996	97,8% Plus exemption STEP maximale : 124,5%	(462) Plus exemption STEP maximale : 5 142

1 L'exemption STEP maximale exclut toute déduction pour frais de garde et dépenses liées à un emploi et à une incapacité.

SCHEMA II.5

FRÉQUENCE DES FAIBLES REVENUS : PERSONNES ÂGÉES

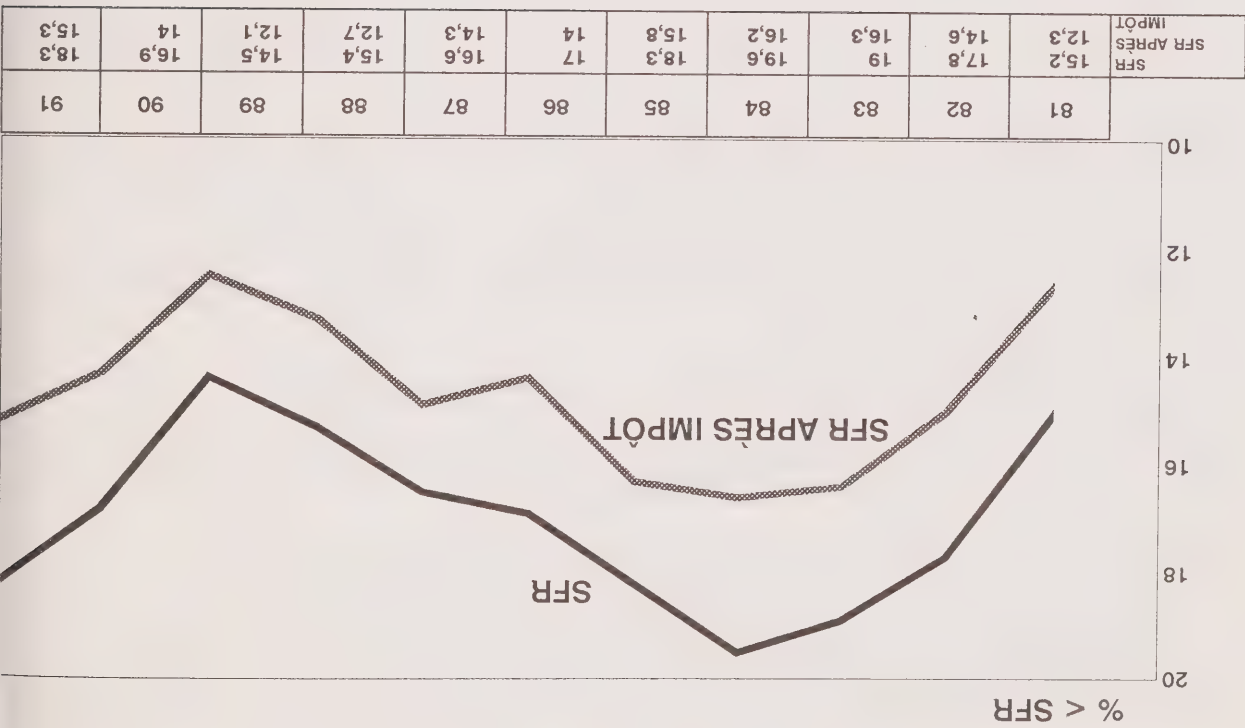


SOURCE : STATISTIQUE CANADA



SCHEMA II:4

FRÉQUENCE DES FAIBLES REVENUS : ENFANTS

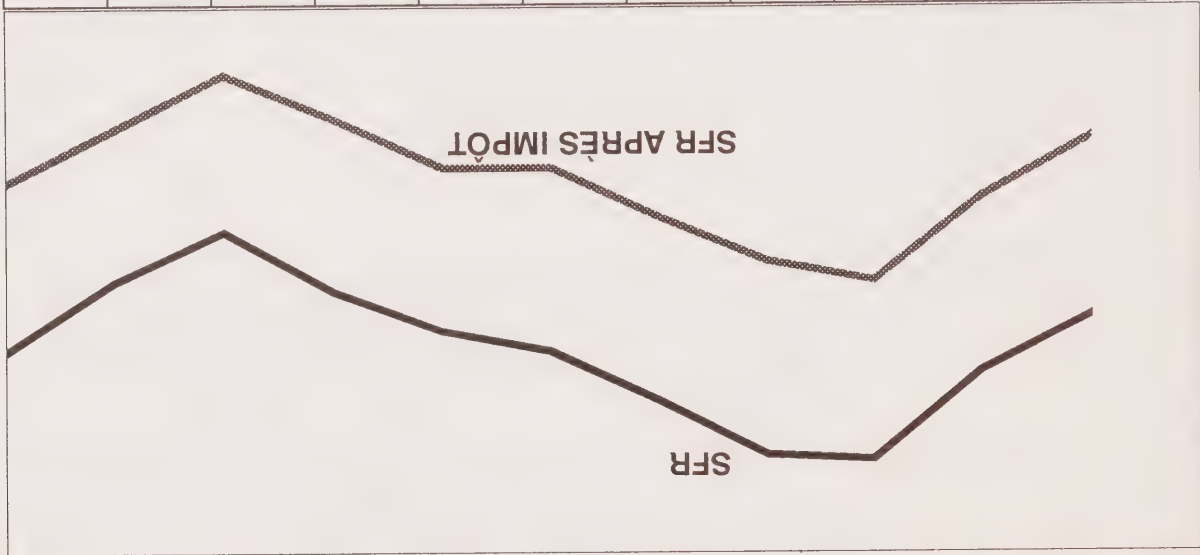


SOURCE : STATISTIQUE CANADA

SCHEMA II:3

FRÉQUENCE DES FAIBLES REVENUS : ENSEMBLE DE LA POPULATION

% < SFR



SOURCE : STATISTIQUE CANADA

ANNEE

Malgré tout, lors des enquêtes sur le revenu, ces pertes ont effectivement pour effet de réduire le revenu familial des répondants et peuvent faire passer certaines familles en deçà des seuils des mesures de faible revenu. Cela fausse notre perception de la pauvreté, puisque la portée globale de l'insuffisance du revenu est ainsi modifiée.

Les cadeaux et les prêts ne sont pas calculés non plus dans le revenu. Les prêts sont d'habitude exclus du revenu sur toute une vie, mais ils peuvent avoir pour effet de régulariser la consommation annuelle pendant toute la durée de cette vie. Dans bien des cas, ces deux sources de revenu donnent aux étudiants de niveau postsecondaire un pouvoir d'achat considérable. Dans mesure où les sondages sur le revenu recueillent des données sur les étudiants à temps plein, l'exclusion de ces montants peut entraîner une sous-évaluation de leur degré de bien-être.

L'évaluation des seuils de pauvreté ou de faible revenu en fonction du revenu monétaire avant l'impôt peut donner une fausse impression de la situation économique des familles se situant à l'extrême inférieure du spectre économique. Cette façon de procéder peut nous amener à surestimer le nombre de pauvres et à établir de mauvaises distinctions entre ceux qui sont pauvres et ceux qui ne le sont pas.

L'importance de la fiscalité et des avantages matériels s'est sensiblement modifiée avec le temps. Tous les Canadiens paient considérablement plus d'impôt de nos jours qu'il y a trente ans. Il existe aujourd'hui des avantages matériels qui n'existaient pas à l'époque. Lorsque les mesures de faible revenu ont été créées, les écarts possibles découlant des impôts et des avantages matériels avaient peu d'incidence et pouvaient, sans problème, ne pas être pris en considération. Ce n'est plus le cas.

Ce problème d'écart est difficile à résoudre. Ce n'est un secret pour personne à Statistique Canada que certaines formes de revenu sont souvent sous-évaluées lors des enquêtes sur le revenu. Ainsi les prestations d'assurance-chômage et d'aide sociale ont tendance à être sous-évaluées d'environ 20 et 40 p. 100 respectivement<sup>12</sup>. Il est probable que l'auto-évaluation par les ménages des avantages matériels est elle aussi incomplète et inexacte. En effet, il est beaucoup plus difficile pour les ménages d'évaluer ces avantages, et leur véritable valeur peut différer sensiblement de coûts associés à leur prestation.

Les exemples susmentionnés montrent que ces omissions tendent à surestimer le nombre d'économiquement faibles ou de pauvres. Ce n'est pas toujours le cas. La surestimation est en grande partie attribuable au caractère relatif des mesures à l'étude. Le régime fiscal contribue beaucoup à uniformiser la répartition du revenu. Avec une mesure absolue de la pauvreté, le contraire se produirait. Ainsi, s'il est établi qu'une famille de telle taille a besoin de 15 000 \$ pour échapper à la pauvreté, un revenu avant impôt égal à ce montant pourrait ne pas être suffisant, s'est assujéti à des montants positifs d'impôt sur le revenu. Dans un cas semblable, l'utilisation d'une mesure de la pauvreté mal adaptée aura pour effet de sous-évaluer le seuil de pauvreté et par conséquent, le nombre de pauvres.

<sup>12</sup> M.C. Wolfson et J.M. Evans, *Seuils de faible revenu de Statistique Canada : problèmes et possibilités méthodologiques* — Document de travail, Documents de recherche, Statistique Canada, Ottawa, p. 28.

Tableau II-1

NOMBRE DE PERSONNES À FAIBLE REVENU  
MESURES DU REVENU AVANT ET APRÈS IMPÔT  
(EN MILLIERS)

ANNÉE	SFR : 1986	SFR : APRÈS IMPÔT	SFR : ENFANTS	SFR : APRÈS IMPÔT ENFANTS	SFR : PERSONNES AGÉES	SFR : PERSONNES APRÈS IMPÔT AGÉES
1981	3 643	2 789	998	808	733	447
1982	3 951	3 100	1 155	947	648	403
1983	4 406	3 529	1 221	1 048	719	439
1984	4 397	3 456	1 253	1 035	669	376
1985	4 170	3 270	1 165	1 003	669	346
1986	3 976	3 063	1 086	895	637	326
1987	3 912	3 096	1 057	914	627	310
1988	3 744	2 871	987	814	634	321
1989	3 487	2 681	934	780	599	300
1990	3 821	3 010	1 105	913	554	289
1991	4 227	3 338	1 210	1 009	590	272

SOURCE : Statistique Canada, *Revenu après impôt, répartition selon la taille du revenu au Canada, 1991*, n° de catalogue 13-210, annuel, Ottawa; et Statistique Canada, *Répartition du revenu au Canada selon la taille du revenu 1991*, n° de catalogue 13-207, annuel, Ottawa

AUTRES ASPECTS RELATIFS AU REVENU

Le revenu total imposé des familles tient compte du revenu net tiré d'un travail indépendant, dont le montant peut être négatif. Au cours de l'année d'imposition 1990, près de 400 000 déclarants, dont le revenu total imposé était inférieur à 20 000 \$, ont déclaré des revenus d'un travail indépendant ou d'entreprise négatifs de 2 000 \$ en moyenne. Près de 63 000 déclarants ont déclaré des montants négatifs s'élevant en moyenne à 16 500 \$, ramenant ainsi leur revenu total imposé à -12 500 \$.

Ces pertes sont réelles, mais elles ne signifient pas que ces contribuables ont vécu dans la misère au cours de l'année en question. Dans bien des cas, elles témoignent des difficultés financières temporaires de familles qui ont les ressources nécessaires pour s'en sortir. En outre, le fait que le revenu d'un contribuable soit déficitaire en totalité ou en partie ne veut pas dire qu'il appartient à une famille à faible revenu. Les statistiques des déclarants ne nous disent pas tout ce que nous avons besoin de savoir sur le revenu familial.



Même si la subvention moyenne de la SCHL au titre du logement, le coût moyen de la grat  
des soins dentaires, etc., ne représentent pas la même valeur pour le bénéficiaire, il est as  
évident que le revenu monétaire peut être un indice assez trompeur de la situation économi  
des plus démunis.

On est inférieur à celui de l'ensemble de la population, de sorte que l'écart entre leur revenu moyen et le revenu moyen après impôt est plus grand que celui entre leur revenu avant impôt. L'utilisation du revenu avant impôt pour la fréquence de la pauvreté et des faibles revenus induit parfois en erreur lorsqu'il faut distinguer ceux qui sont pauvres de ceux qui ne le sont pas. Comme l'a indiqué Christopher Sarlo au Comité, une famille monoparentale qui vit de l'aide sociale en Ontario est considérée, selon la plupart des mesures, comme étant à faible revenu. Cependant, son revenu est exempt d'impôt et représente un pouvoir d'achat réel. S'il travaillait, le revenu de cette même famille devrait avoir un niveau de revenu considérablement supérieur au R de Statistique Canada pour conserver le même niveau de vie (5 : 10). Cet écart est dû au fait que le parent qui travaille est assujéti à l'impôt sur le revenu et n'a peut-être pas accès aux mêmes avantages matériels gratuits ou fortement subventionnés que les familles bénéficiaires de l'aide sociale. Par conséquent, non seulement l'utilisation du revenu avant impôt fausse-t-elle les résultats semblable obtenus à partir des mesures de faible revenu et de la pauvreté, mais il est bien visible qu'elle donne lieu à des distinctions erronées entre ceux qui sont pauvres et ceux qui ne le sont pas.

## TRAITEMENT DES AVANTAGES MATÉRIELS

Les enquêtes de Statistique Canada sur le revenu familial sont régies par des règles très strictes quant à ce qui doit être calculé dans le revenu. En général, les revenus monétaires sous leurs formes sont inclus, à l'exception des gains et des pertes en capital, des gains et des pertes découlant de jeux de hasard ainsi que des montants forfaitaires reçus en héritage. Par ailleurs, toutes les sources de revenu non monétaires ne sont pas prises en considération dans la détermination du revenu. Pour la plupart des familles, cette exclusion a peu d'incidence, mais dans certains cas des familles moins bien nanties, les avantages matériels peuvent s'avérer considérables. Dans beaucoup de provinces, les assistés sociaux ont droit gratuitement à des services auxquels les autres citoyens n'ont pas accès. En Ontario, par exemple, les soins dentaires, les lunettes et les médicaments d'ordonnance sont gratuits pour les bénéficiaires d'aide sociale. Les personnes âgées ne payent pas non plus leurs médicaments d'ordonnance. Le coût de ces services accapare 5 p. 100 du budget d'aide sociale de la province et peut représenter entre 700 et 1000 \$ chaque année pour les familles bénéficiaires. Ces avantages ne sont pas calculés dans le revenu. En outre, il en coûte au gouvernement quelques milliers de dollars par année pour offrir à certaines familles des services de garde subventionnés. Il n'en est pas non plus tenu compte dans le revenu.

Le tableau II:2 qui suit a été fourni au Comité par les représentants du gouvernement ontarien. On y dresse l'inventaire de toute l'aide gouvernementale accessible aux personnes dans le besoin, y compris des avantages matériels. Lorsque les exemptions de travail/formation du programme ontarien STEP sont prises en considération, l'aide gouvernementale équivalait ou est inférieure aux SFR.

Au Canada, les gouvernements offrent aussi des logements subventionnés aux familles. Ce sont pas toutes les familles pauvres qui profitent de ces subventions, ni toutes les familles en situation de besoin. La subvention moyenne de la SCHL pour ses 206 000 unités de logements sociaux était de 2 400 \$ en 1992. Chacune des 200 000 autres unités de logements sociaux but lucratif et coopératives d'habitation lui coûte en outre 3 500 \$ par année en moyenne. Ces avantages ne sont pas non plus calculés dans le revenu.

Cette situation est attribuable à la générosité relativement plus grande dont fait preuve le fisc à l'égard des citoyens âgés. Ils ont en effet droit à un crédit en raison de leur âge et peuvent recevoir jusqu'à 1000 \$ de revenu de pension exempt d'impôt. Par conséquent, leur taux d'imposition

À la lecture des données, on constate que si les écarts sont déjà considérables en fait de pourcentage, les écarts relatifs le sont plus encore et continuent de s'accroître. Ainsi en 1981, l'utilisation d'un SFR avant impôt pour calculer la fréquence des faibles revenus chez les personnes âgées a donné un nombre 64 p. 100 plus élevé qu'avec une mesure après impôt. En 1991, la différence atteignait 117 p. 100. Et d'autres termes, à chaque personne âgée considérée comme étant à faible revenu en 1990, selon le SFR après impôt, correspondent deux, selon la même mesure avant impôt. Si le revenu après impôt convient pour mesurer le faible revenu (pauvreté), les mesures actuelles illustrent fort mal le degré de faible revenu (pauvreté) chez les personnes âgées.

**L'utilisation des SFR avant impôt entraîne une surevaluation énorme de la «pauvreté» chez les personnes âgées.**

Le schéma II:5 illustre la courbe de fréquence des faibles revenus chez les personnes âgées. Dans ce cas-ci, les écarts sont nettement plus évidents, soit d'au moins neuf points de pourcentage. Il ressort nettement que la fréquence des faibles revenus chez les personnes âgées ne suit pas le cycle précis observé dans le cas des enfants. Elle tend plutôt à fléchir avec le temps.

Les données présentées ici visent la période allant de 1981 à 1991. On note que la situation des enfants à faible revenu évolue selon un cycle très net qui atteint sa phase culminante en 1984 et son point le plus bas en 1989. Ce point culminant suit d'environ deux ans les pires moments de récession de 1981-1982. Entre le sommet de 1984 et le creux de 1989, le nombre d'économiquement faibles a reculé d'un peu plus de 26 p. 100, selon le SFR avant impôt. Si l'on s'appuie sur le SFR après impôt, la baisse atteint environ 25 p. 100.

**Le nombre d'enfants à faible revenu diminue de 17 p. 100, pour passer à un million, lorsqu'on utilise un SFR après impôt.**

C'est toutefois à partir des schémas II:4 et II:5 que les observations les plus intéressantes peuvent être faites. Ces graphiques illustrent en effet l'incidence du revenu choisi aux fins du calcul (avant ou après impôt) sur le nombre d'enfants et de personnes âgées à faible revenu. Le fait d'utiliser le revenu après impôt plutôt qu'avant impôt réduit la fréquence des faibles revenus chez les enfants de tout près de 15 p. 100, ce qui est moins que pour l'ensemble de la population.

Le recours au revenu après impôt peut faire varier sensiblement la fréquence des faibles revenus et changer radicalement la perception de la situation économique de divers groupes. Le tableau II:1 ainsi que les schémas II:3 et II:5 suivent illustrent bien cette incidence. L'utilisation du revenu après impôt plutôt qu'avant impôt pour réduire la fréquence des faibles revenus de 20 à 7 p. 100. Cette incidence est quelque peu plus marquée dans le cas de la MFR que dans celui du SFR.

**L'utilisation du revenu après impôt, au lieu du revenu avant impôt, pourrait réduire de 20 à 25 p. 100 la fréquence générale des faibles revenus.**



Le seuil de faible revenu après impôt correspond au niveau de revenu après impôt des ménages qui, comparativement à la moyenne des familles, consacrent 20 p. 100 de plus de ce revenu à la nourriture, au logement et aux vêtements. Encore une fois, ce seuil n'est pas converti

Il est démontré plus loin que la fréquence des faibles revenus peut changer assez radicalement lorsqu'elle est établie selon une mesure du revenu après impôt plutôt qu'à partir de la mesure avant impôt couramment utilisée. Est-ce à dire cependant qu'il faut utiliser le revenu après impôt?

**Le revenu avant impôt est un paramètre trompeur et mal adapté pour juger de la pauvreté et du faible revenu. Il n'y a pas de raison pour que Statistique Canada ne soit pas en mesure de présenter ces paramètres d'une façon qui soit plus compréhensible pour les Canadiens.**

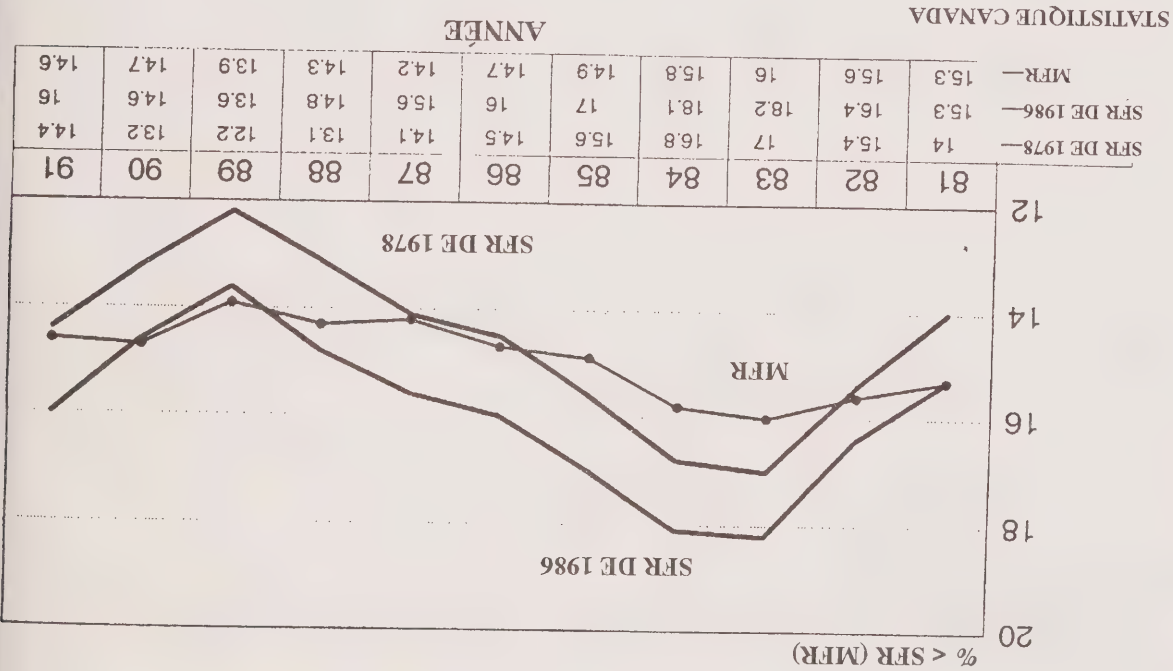
Si la pauvreté est une notion absolue, comme on le soutient dans le présent rapport, elle mesure alors l'incapacité des familles à atteindre un certain niveau de vie qui leur permet d'acquiescer des biens et des services. Or, les ménages utilisent leur revenu disponible, et non leur revenu total, à cette fin. Par conséquent, si la pauvreté est évaluée en fonction de la capacité ou de l'incapacité de se procurer un certain assortiment de biens et de services, le revenu total déclaré n'est pas forcément un bon indicateur du pouvoir d'achat.

Les mêmes arguments valent si la pauvreté est perçue de façon relative. La carence relative découle du sentiment d'être défavorisé par rapport aux pairs. Ce sentiment est inspiré d'activités manifestes, particulièrement de la consommation. Ainsi, des enfants sont en situation de privation relative lorsqu'ils ne peuvent se vêtir comme les autres, avoir les mêmes jouets, prendre part aux mêmes activités, etc. Tout cela s'ajoute aux privations absolues dont ils peuvent souffrir en raison de la consommation insuffisante de biens de première nécessité. Cette carence relative est aussi liée au pouvoir d'achat qui, à son tour, est tributaire du revenu disponible.

Par conséquent, nous considérons que des personnes sont pauvres ou à faible revenu lorsque leur consommation de biens et de services ou leur pouvoir d'achat est en deçà d'un certain niveau. L'impôt sur le revenu des particuliers touche différemment le pouvoir d'achat des familles et donc des répercussions différentes sur la mesure dans laquelle le revenu total peut être lié à la consommation. Par conséquent, il est préférable de se fonder sur le revenu après impôt pour juger de la pauvreté ou du faible revenu d'un ménage.

Il importe également de se rappeler que les paramètres servant au calcul de bon nombre de mesures ne datent pas d'hier. Le paramètre 0,5 applicable à la MFR pourrait avoir été retenu parce que, comme son équivalent, c'est un chiffre rond facile à utiliser. Il a probablement été choisi cependant parce qu'à une époque précise, on a estimé qu'il constituait un bon point de référence. En est de même pour les paramètres utilisés pour calculer les SFR. Toutefois, l'évolution du régime fiscal a depuis modifié ce point de référence, et pas nécessairement à l'avantage des pauvres. Les changements fiscaux ont une incidence sur le niveau de vie et influent sur la position relative des ménages dans la société. L'utilisation systématique du revenu après impôt permet





D. REVENU AVANT IMPÔT VS REVENU APRÈS IMPÔT

La variable utilisée pour juger de la situation économique des familles est habituellement le revenu annuel. Cela peut sembler aller de soi, mais il existe plusieurs éléments susceptibles de fausser l'évaluation du véritable degré de bien-être.

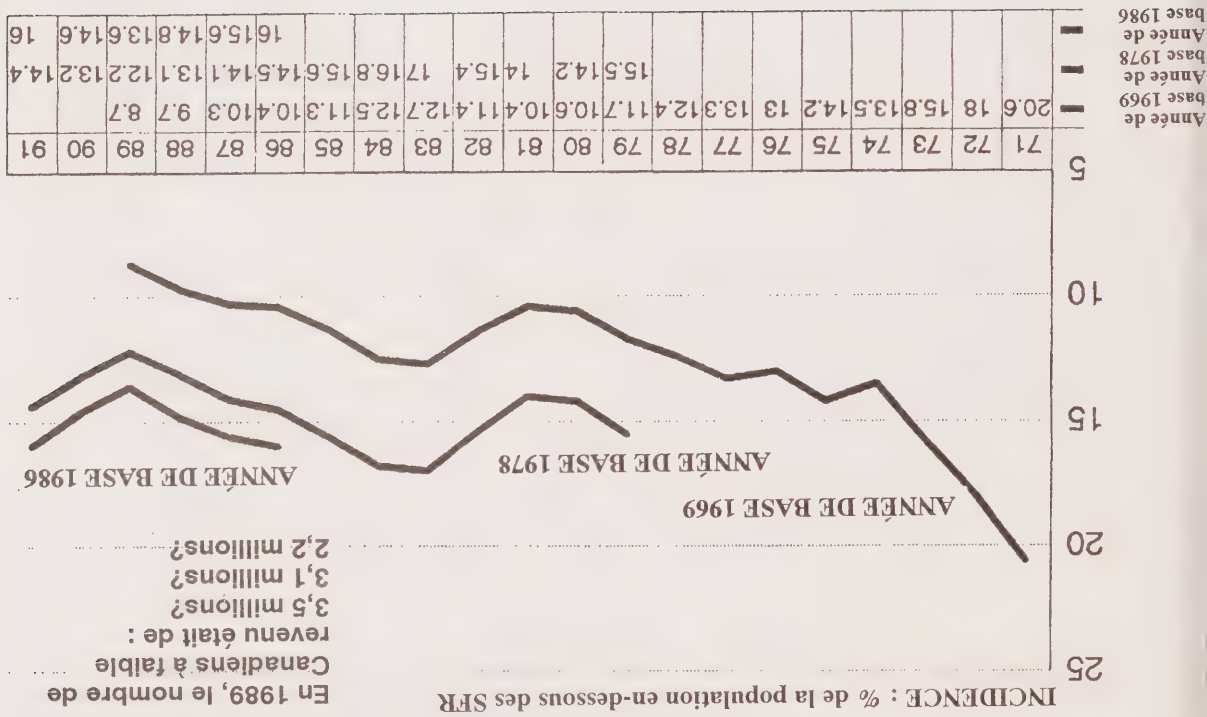
Aux dires de M. Daniel Weinberg, du U.S. Bureau of the Census, il est absolument essentiel de reconnaître que la mesure de la pauvreté est indissociable de sa définition lorsqu'on étudie la pertinence des seuils de pauvreté<sup>11</sup>. M. Weinberg fait remarquer que les mesures de la pauvreté utilisées aux États-Unis se fondent sur le revenu avant impôt, même si les seuils de pauvreté proposés par M<sup>me</sup> Orshansky, et à partir desquels sont établies les mesures officielles de la pauvreté, se servent du revenu après impôt.

Statistique Canada a toujours publié des mesures de faible revenu calculées à partir du revenu avant impôt. Aujourd'hui, cependant, ce ministère produit aussi des mesures fondées sur le revenu après impôt. Leur utilisation n'est toutefois pas très répandue. Le calcul des SFR et des MFR se fait maintenant aussi à partir du revenu après impôt. Dans ce dernier cas, la mesure correspond simplement à la moitié du revenu familial médian après impôt et elle s'exprime en revenu après impôt, c'est-à-dire qu'on ne tente pas de trouver son équivalent avant impôt.

11 Daniel H. Weinberg, *The History and the Current Issues in U.S. Poverty Measurement*, document préparé pour le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine de la Chambre des communes (Sous-comité sur la pauvreté), 17 mars 1993, United States Bureau of the Census, Washington, D.C.

# SCHÉMA II:1

## ÉVOLUTION DE LA FRÉQUENCE DES FAIBLES REVENUS



**La croissance économique entraîne un accroissement du nombre de Canadiens jugés à faible revenu.**

Les corrections périodiques des SFR témoignent l'évolution des habitudes de consommation des familles canadiennes. Cette évolution peut être en partie attribuable à une transformation de leurs goûts, à de nouvelles tendances démographiques, à des changements dans la population active, etc., mais elle s'explique principalement par l'augmentation des niveaux de vie résultant de la croissance économique qui a permis aux ménages de consacrer une plus grande proportion de leurs revenus à des dépenses discrétionnaires. Et quelles en sont les conséquences? Les SFR ont dû être majorés sur le plan du revenu réel, ce qui a entraîné une augmentation de la fréquence des faibles revenus. Ainsi, lorsqu'on étudie les schémas II:1 et II:2, la progression de la fréquence des faibles revenus est en grande partie attribuable à l'amélioration de la situation économique des Canadiens. La croissance économique entraîne un accroissement du nombre des Canadiens jugés à faible revenu. Ces variations dans les seuils de faible revenu entraînent aussi une augmentation de l'insuffisance des revenus des ménages. De plus, puisque ces mesures sont largement utilisées comme mesures de la pauvreté, elle nous incitent à conclure que la croissance économique est l'ennemi des pauvres! Rien n'est plus loin de la vérité.

Le Canada ne dispose pas d'une mesure de la pauvreté acceptée de tous. Il s'agit là d'un problème, mais ce qui est plus grave, c'est que nous croyons qu'une telle mesure existe. Le Comité est d'avis que les actuelles mesures de faible revenu sont mal comprises et donc mal utilisées. Ces mesures ne fournissent pas de données précises sur les niveaux de vie des familles canadiennes pas plus que des données permettant de déterminer l'insuffisance de ces niveaux de vie. Donc, nous ne possédons pas les outils nécessaires pour évaluer de façon exacte l'ampleur actuelle de la pauvreté et ses tendances chronologiques.

Cette lacune n'est pas attribuable à Statistique Canada. Cet organisme est chargé de rassembler et d'interpréter des données statistiques — il n'est pas chargé de définir la pauvreté et l'insuffisance des revenus. Il demeure quand même que de nombreux Canadiens croient que c'est ce que fait Statistique Canada, malgré ses nombreux démentis de cet organisme. Le Comité croit qu'il incombe au Parlement du Canada d'établir un seuil de pauvreté ou d'insuffisance du revenu. Cette tâche ne sera pas facile même si, comme on l'a déjà mentionné, bon nombre des données nécessaires sont déjà disponibles. Une fois cette tâche terminée, il reviendra à Statistique Canada de mesurer et d'analyser la situation économique des familles par rapport à ce seuil.

Nous nous retrouvons donc avec des indicateurs conçus à une fin, mais utilisés à une autre. Ces outils visent à évaluer un peu plus que l'inégalité des revenus, mais il existe de meilleures mesures statistiques du revenu et de sa répartition entre les divers types de foyers. Statistique Canada publie toute une gamme de tableaux décrivant de façon détaillée comment les revenus diffèrent selon les types de familles, la province ou la formation scolaire du chef de ménage. La répartition des revenus est décrite par tranche de revenu, quintile, etc. Si les SFR et les MFR ne sont rien d'autre que des mesures différentes de l'inégalité des revenus, quel nouvel avantage procurent-ils, surtout s'ils sont si souvent mal utilisés? Pourquoi brouiller les cartes en essayant d'évaluer la pauvreté à l'aide d'outils de mesure qui ne remplissent pas bien leur rôle et qui concurrencent d'autres outils davantage en mesure de déterminer l'étendue de l'inégalité des revenus?

Les SFR ajoutent peu à notre compréhension de la pauvreté.

## LE RÔLE DE LA CROISSANCE ÉCONOMIQUE

La croissance économique a permis d'augmenter le niveau de vie des Canadiens au cours des trois dernières décennies. Le revenu réel moyen par habitant est aujourd'hui trois fois plus élevé que ce qu'il était en 1951, tandis que le revenu réel moyen des familles est deux fois et demie plus élevé<sup>10</sup>. Tout le monde considère qu'une telle tendance est souhaitable et que ses discussions sont bénéfiques. Ce raisonnement est accepté lorsqu'on évalue la situation des travailleurs et de leurs familles, des personnes âgées, etc., mais il ne semble pas l'être lorsqu'on évalue la situation des pauvres et des personnes à faible revenu. On juge alors qu'une augmentation du niveau de vie n'est pas suffisante. En effet, les mesures habituellement utilisées aujourd'hui dévalorisent un tel progrès.



cette pauvreté à partir non pas d'un classement relatif, mais d'une manière absolue. Ils indiquent ensuite que ce niveau de vie est très bas, un raisonnement qui ne s'appliquerait pas à la majorité des familles dont les revenus sont inférieurs aux SFR (5 : 7-8).

Le Comité a examiné toute une gamme de mesures utilisées pour donner une idée de la pauvreté. En règle générale, les mesures fondées sur les besoins fondamentaux donnent de meilleurs indicateurs à celles qui sont fondées sur des concepts plus relatifs. Les lignes directrices publiées par le Conseil de planification sociale de la communauté urbaine de Toronto constituent une exception. Celle-ci est toutefois attribuable au fait que le « panier » est rajusté afin de tenir compte de l'évolution des niveaux de vie, c'est-à-dire que cette mesure comporte un volet relatif aux mesures qui sont purement absolues — les mesures du professeur Sarlo, le seuil de pauvreté américain et les lignes directrices du Dispensaire diététique de Montréal — produisent les seuils les plus bas et se situent plus près des taux de l'aide sociale de la plupart des provinces. Cette situation n'est pas vraiment surprenante puisque ces taux sont établis à l'aide d'une méthodologie se rapprochant davantage de celle du professeur Sarlo.

**Les SFR actuels sont très différents des SFR à l'origine. Une famille ayant un revenu équivalent au SFR de nos jours peut acheter beaucoup plus de biens et de services qu'une famille dans la même situation en 1959.**

L'étude de Podoluk établissait des seuils de faible revenu pour l'année 1959. Ces seuils avaient été calculés pour des familles de une et de quatre personnes et avaient été fixés à 6 285 \$ et 14 665 \$ respectivement (en dollars de 1986). Les plus récents SFR de Statistique Canada se situent à 14 447 \$ et 20 724 \$ respectivement (tous les deux en dollars de 1986)<sup>8</sup>. Ces seuils représentent des taux réels qui sont de 66 p. 100 et 41 p. 100 plus élevés. Peut-on dire qu'ils représentent de quelque façon que ce soit une mesure comparable du faible revenu (pauvreté)? D'un autre côté, les SFR de Podoluk pour 1959 correspondent à un niveau de vie passablement semblable à celui que représentent les seuils de pauvreté établis par Christopher Sarlo pour l'Ontario, ceux-ci ayant été fixés à 5 729 \$ pour une personne et à 12 841 \$ pour une famille de quatre personnes, en dollars de 1986<sup>9</sup>.

La nature même des mesures de Statistique Canada montre qu'elles cherchent avant tout à établir un classement relatif des ménages canadiens. Elles indiquent dans quelle mesure ces ménages peuvent-ils consommer des biens et services d'une manière discrétionnaire, ou encore où se situent-ils quant à leurs revenus bruts? En fin de compte, ces questions visent à déterminer comment les revenus sont répartis et non s'ils sont suffisants ou non?

8 M.C. Wolfson et J.M. Evans, p. 43.

9 Christopher A. Sarlo, *Poverty in Canada*, The Fraser Institute, Vancouver, Colombie-Britannique, 1992, p. 115.

Avec la MFR, il semble plus facile de juger des tendances sur une longue période parce que celles-ci masquent les corrections explicites apportées aux SFR. La MFR est une mesure de faible venue purement relative, qui ne nous renseigne pas sur l'évolution du niveau de vie sur une longue période. Elle n'est nullement plus utile que le SFR.

## PAUVRETÉ ET FAIBLE REVENU : UNE QUESTION DE NIVEAUX DE VIE

L'analyse qu'on vient de faire des mesures de Statistique Canada soulève des questions au sujet de la nature même de la pauvreté. Ce phénomène revêt-il un caractère relatif ou absolu? L'établissement d'une mesure de la pauvreté utile comporte cependant une plus grande difficulté : quel niveau de revenu doit-on fixer le seuil?

**Les SFR n'ont jamais été conçus pour servir à mesurer la pauvreté.**

Dans l'étude de Mme Podoluk, qui a servi à concevoir les SFR, l'auteur distinguait le faible revenu de la pauvreté : « Il faut souligner que l'univers statistique étudié ici inclut probablement la vaste majorité des familles qui sont réellement dans le besoin, mais on ne doit pas assumer que toutes ces familles vivent dans la pauvreté<sup>7</sup>. Ainsi, les familles pauvres sont nécessairement des familles à faible revenu, mais l'inverse n'est pas toujours vrai. L'auteur mentionne en outre plus loin que l'étude porte sur les familles à faible revenu et non sur la pauvreté. Elle signale aussi que la méthode de la plus populaire — au moment de la rédaction de la monographie — pour mesurer la pauvreté consistait à établir les besoins budgétaires minimaux de familles de diverses tailles, et à estimer la fréquence de la pauvreté à partir du nombre de foyers qui ne pouvaient pas se permettre ces dépenses.

Les mesures que Statistique Canada a mises au point à partir de cette première étude neissent pas à déterminer un niveau de vie suffisant. Un revenu inférieur à la norme, quelle qu'elle soit, n'est bien sûr pas aussi satisfaisant qu'un revenu se situant au niveau de la norme, mais ce fait signifie pas que ce revenu soit insuffisant pour mener une vie saine et satisfaisante. Pour ce faire, il faut avoir accès aux biens et services essentiels à notre bien-être.

Il faut toutefois établir les niveaux à partir desquels nous croyons que les revenus sont suffisants et constituent un état de pauvreté. Cette question sera examinée plus loin. Il suffira ici de signaler que les diverses mesures diffèrent énormément quant au seuil de l'insuffisance des revenus. Ainsi, une famille de quatre personnes (parents et deux enfants) vivant à Toronto est considérée comme pauvre si elle dispose d'un revenu inférieur à 17 900 \$ selon le professeur Christopher Sarlo. D'après le Conseil de planification sociale de la communauté urbaine de Toronto, le seuil approprié se situe à près de 30 500 \$. Le Comité croit comprendre qu'une telle famille pourrait recevoir jusqu'à 22 000 \$ en prestations fédérales et provinciales. Ces montants conviennent-ils ou non?

À cet égard, il faut se reporter au témoignage du professeur Christopher Sarlo qui a signalé que la plupart des intervenants dans ce domaine utilisent les SFR de Statistique Canada pour dénombrer le nombre de pauvres. Une fois cette étape franchie, ils expriment leur point de vue sur



On peut observer une tendance similaire dans le cas des familles. Avec les données de référence de 1959, la fréquence de la pauvreté passe d'environ 25 p. 100 en 1961 à moins de 10 p. 100 en 1980. Les révisions apportées avaient toutefois porté ce pourcentage à environ 13 p. 100 en 1980. De 1980 à 1986, la fréquence des faibles revenus semble avoir été relativement stable. Dans la deuxième moitié des années 80, elle a baissé, mais pour remonter de nouveau en 1986. Le schéma II:1 et les données de Statistique Canada soulèvent de nombreuses questions intéressantes. Ainsi, pourquoi la fréquence des faibles revenus dans la deuxième moitié des années 70 a-t-elle diminué beaucoup plus rapidement pour les célibataires que pour les familles? Pourquoi le taux de diminution des personnes à faible revenu a-t-il ralenti si radicalement dans les années 80?

On est frappé par le fait que ce graphique démontre que la fréquence des faibles revenus a diminué tant qu'on utilisait un SFR corrigé en fonction des prix tandis que les révisions subséquentes ont effacé la majeure partie sinon la totalité de ces progrès. De plus, ce graphique soulève malheureusement autant de questions qu'il n'en résout. Quel était par exemple le taux de faibles revenus en 1986 : était-il élevé à 16 p. 100 ou faible à 10,4 p. 100? La fréquence des faibles revenus a-t-elle diminué rapidement au cours des 20 dernières années ou s'est-elle maintenue? Ce qui est toutefois plus important, comment doit-on interpréter les données chronologiques sur la fréquence des faibles revenus? Est-ce qu'un trait, par exemple le trait de l'année de base 1969, donne une image précise des changements survenus dans la situation économique de foyers à faible revenu? Les corrections périodiques (années de base 1978 et 1986) représentent-elles des corrections nécessaires à une mesure de faible revenu ou de changements tellement fondamentaux qu'elles empêchent toute évaluation cohérente de tendances chronologiques?

**Statistique Canada  
produit la MFR, laquelle  
est une mesure purement  
relative et nullement plus  
utile que le SFR.**

Les corrections périodiques font en sorte qu'il est difficile de juger des tendances chronologiques à partir des SFR. Statistique Canada a récemment commencé à produire et publier un nouvel indicateur, la mesure de faible revenu (MFR), qui est fixée à la moitié du revenu familial médian. Cette mesure est corrigée de manière à tenir compte d'un large éventail de tailles de familles, mais non du lieu de résidence. La MFR n'est pas toujours représentative d'un niveau de vie d'une collectivité à l'autre, d'un genre de famille à l'autre ou d'une époque à l'autre.

Ces MFR ont été produits à la suite de l'évaluation interne des SFR effectuée par Statistique Canada et des consultations publiques qui ont suivi. Le schéma II:2 montre les changements dans la fréquence des faibles revenus pour l'ensemble de la population qu'entraîne l'utilisation des MFR plutôt que des SFR pour les deux années de base les plus récentes. Avec les SFR, la fréquence de faibles revenus varie davantage qu'avec les MFR au cours d'un même cycle économique. Les SFR représentent un niveau de vie moyen et constant aussi longtemps qu'on conserve un niveau de référence donné pour les dépenses. Des écarts relatifs apparaissent périodiquement lorsqu'on change ce niveau de référence. Ces corrections apportées périodiquement aux SFR sont en fait effectuées chaque année avec la MFR. Celle-ci est corrigée annuellement afin de tenir compte non pas de l'évolution des prix, mais plutôt de l'évolution des revenus médians. Par conséquent, sur une longue période de temps, la MFR ne représentera donc jamais un niveau de vie constant.

**Les SFR ne sont pas toujours représentatifs du bien-être économique.**

Une fois qu'un SFR est établi, il correspond, dans l'ensemble, à un niveau de vie donné; or, ce niveau de vie n'est pas le même dans toutes les collectivités, ni pour tous les genres de familles. Il est révisé annuellement en fonction de l'évolution des prix. On parle alors d'un SFR corrigé en fonction des prix qui permet de maintenir un niveau de vie moyen et constant aussi longtemps que la situation fiscale des familles ne change pas. Dans le schéma II:1, le trait de l'année de base 1969 mesure par exemple la fréquence des faibles revenus chez l'ensemble de la population à l'aide d'une telle mesure corrigée en fonction des prix. Ainsi, si une famille disposait d'un revenu supérieur au SFR en 1971 et inférieur au SFR en 1975, il semble assez clair que son niveau de vie s'était détérioré. La diminution de 50 p. 100 dans la fréquence des faibles revenus entre 1971 et 1981 montre que la proportion de la population bénéficiant d'un faible niveau de vie a diminué substantiellement. Une amélioration semblable s'était aussi produite dans les années 60.

**Une mesure absolue évolue pour devenir une mesure relative.**

Les critiques formulées par le sénateur Croll et d'autres selon lesquelles les seuils de pauvreté devraient être liés aux niveaux de vie moyens ont entraîné d'autres corrections aux SFR. On estimait qu'il fallait établir une corrélation entre les dépenses discrétionnaires des familles à faible revenu et celles de la moyenne des familles. Ainsi, au fur et à mesure que le revenu réel moyen des Canadiens augmentait, il fallait qu'augmente aussi le revenu réel des familles se situant au seuil de faible revenu. Dans le schéma II:1, ces corrections prennent la forme de déplacements parallèles vers le haut des traits des années de base.

**La réduction du nombre de personnes ayant un niveau de vie insuffisant est passée inaperçue.**

Un document de recherche de Statistique Canada signalait des tendances semblables par rapport aux SFR établis par Jenny Podoluk pour l'année de base 1959<sup>6</sup>. D'après ce document, il semble clair qu'on a assisté avec le temps à une baisse marquée du pourcentage des familles bénéficiant d'un faible revenu est passée d'un peu moins de 50 p. 100 en 1961 à moins de 20 p. 100 en 1980 lorsqu'on utilise les données sur les dépenses de 1959 pour calculer le seuil de faible revenu. Cette mesure a toutefois été révisée à plusieurs reprises par la suite, ce qui l'a fait grimper de nouveau à plus de 40 p. 100. Tout au long des années 80, la fréquence des faibles revenus pour les célibataires a continué de diminuer, même si elle a connu une nouvelle hausse en 1991, en raison de la récession.



les revenus des Canadiens<sup>5</sup>. Elle avait conçu une mesure de faible revenu fondée sur la comparaison des dépenses discrétionnaires des familles se trouvant au bas de l'échelle de revenus et de celles de la moyenne des familles. Les dépenses discrétionnaires comprennent alors les biens et services achetés en plus de l'alimentation, du logement et des vêtements.

Les données de recensement utilisées dans l'étude de Mme Podoluk semblaient indiquer que les familles canadiennes consacraient environ 50 p. 100 de leurs revenus, en moyenne, à des produits de première nécessité. En d'autres mots, elles pouvaient dépenser la moitié de leurs revenus d'une manière discrétionnaire. Dans cette étude, l'auteur établissait qu'une famille disposait d'un faible revenu lorsqu'elle consacrait 70 p. 100 ou plus de celui-ci à des produits de première nécessité, c'est-à-dire 20 points de plus que la moyenne. On peut aussi dire que les familles étaient considérées à faible revenu lorsqu'elles ne pouvaient consacrer plus de 30 p. 100 de leurs revenus à des dépenses discrétionnaires.

Les produits de première nécessité comprennent les trois catégories susmentionnées, mais M. Wolfson a signalé au Comité que d'autres articles qu'il serait très difficile de considérer comme nécessaires s'y ajoutent aussi (4 : 11). Ainsi, l'alimentation inclut les repas au restaurant et au caviar; le logement, les maisons de vacances, et les vêtements, les bijoux et fourrures. Soit toutefois exclus le dentifrice, les frais de déplacement pour se rendre au travail et le téléphone. Pour déterminer le niveau de revenu correspondant à cette définition de «faible revenu», il faut déterminer le niveau de revenu à partir duquel la propension moyenne à consommer des produits de première nécessité égale le niveau préétabli. Certaines familles en-dessous du seuil de faible revenu consacrent plus de 30 p. 100 de leurs revenus à des dépenses discrétionnaires tandis que certaines se situant au-dessus de ce seuil consacrent moins de 30 p. 100 de leurs revenus à des dépenses discrétionnaires.

Les dépenses discrétionnaires tendent à augmenter avec le revenu réel. Cette affirmation se vérifie lorsque nous examinons les habitudes de consommation d'un échantillon représentatif de familles à un moment donné de même que les données sur une longue période. Les enquêtes menées à la suite de l'étude de Mme Podoluk ont démontré que les dépenses discrétionnaires avaient augmenté. Ainsi, selon l'enquête sur les dépenses de 1982, les familles canadiennes consacraient 64 p. 100 de leurs revenus à des dépenses discrétionnaires, ce qui est considérablement plus que la proportion de 50 p. 100 déterminée dans l'étude originale.

Des SFR ont été établis pour un certain nombre de types de familles, pour des collectivités urbaines de diverses tailles et pour les régions rurales. Leurs utilisateurs ne se rendent pas compte que ces indicateurs sont produits à l'aide de méthodes complexes et c'est pourquoi il leur arrive souvent de ne pas toujours comprendre la signification exacte des données produites.

## LES INDICATEURS DE FAIBLE REVENU DE STATISTIQUE CANADA : LES SFR ET LES MFR

Contrairement aux États-Unis, le Canada n'a pas de seuil officiel de la pauvreté. Nous ne disposons pas d'une définition officielle de la pauvreté pour l'application des programmes sociaux, pas plus que d'une mesure permettant à notre organisme national de collecte de données de juger de l'ampleur de la pauvreté.

Les mesures de Statistique Canada sont constamment et délibérément utilisées à tort comme des mesures de la pauvreté.

Les seuils de faible revenu de Statistique Canada ont acquis le statut de mesures de la pauvreté officielles et elles sont adoptées par presque tout le monde même si cet organisme ne les a jamais considérées ainsi : « Les seuils de faible revenu de Statistique Canada sont appelés couramment «seuils de pauvreté officiels», mais ils n'ont en fait aucun statut officiel comme tel et Statistique Canada n'encourage pas leur utilisation comme seuils de pauvreté<sup>3</sup>. »

Ces SFR ne suggèrent d'aucune façon que toutes les familles se situant en deçà de ces niveaux devraient être considérées comme pauvres puisqu'ils ne constituent aucunement un indice d'indigence et nullement un indice d'un niveau de vie insuffisant. Les utilisateurs de ces statistiques n'hésitent aucunement à les interpréter de cette façon. Ainsi, lorsque le Conseil national du bien-être social cherche à déterminer si les prestations d'aide sociale sont suffisantes, utilise les SFR comme mesures de la pauvreté et il n'est pas le seul à le faire. Voici ce qu'en pense et organisme : « Le Conseil national du bien-être social considère ces seuils [les SFR] comme des seuils de pauvreté. À l'instar d'autres seuils de pauvreté, ils ont certaines limites, mais ils sont largement acceptés comme mesures de la pertinence des revenus au Canada. D'autres études de la pauvreté, notamment des enquêtes locales utilisant l'approche du « panier de provisions », ont donné des résultats comparables<sup>4</sup>. » Par conséquent, les SFR constituent un outil important lorsque ce conseil analyse des programmes comme ceux de l'aide sociale.

### A. LA NATURE ET L'ORIGINE DES SFR

La fréquence des faibles revenus au Canada est mesurée depuis maintenant plusieurs années à l'aide de ces SFR, qui tirent leur origine d'une étude menée par Mme Jenny Podoluk sur



arquent que peu d'amélioration avec le temps en raison de l'augmentation périodique  
voquée par la hausse des salaires réels. Le Canada a également perdu la première place qu'il  
rait obtenue selon l'Indicateur du développement humain des Nations Unies, en grande partie à  
tuse de l'insuffisance des revenus, et ce malgré le fait que le système fiscal et de transfert ait  
andamment contribué à réduire les inégalités relatives au pouvoir d'achat. Le rapport  
rrespondant aux revenus du quintile supérieur et inférieur est réduit de quatre points, dans le cas  
es familles, et de huit, dans le cas des personnes vivant seules. Ainsi en 1991, par exemple, les  
milles appartenant au groupe occupant le rang le plus élevé disposaient d'un revenu marchand  
e près de dix-neuf fois supérieur à celles occupant le rang le plus bas. Toutefois, après impôt et  
plication des dispositions de transfert, le revenu des familles les plus à l'aise n'était plus  
supérieur que de cinq fois. Cela indique que les personnes ayant un faible revenu bénéficient d'un  
portant soutien de la part du gouvernement.



La plupart des Canadiens croient qu'il est économiquement plus avantageux pour tout monde de vivre dans un pays uni. Si le pays se fractionnait selon les frontières provinciales, les habitants de Terre-Neuve et de l'Île-du-Prince-Édouard deviendraient moins pauvres, selon nos mesures relatives de la pauvreté, parce que les comparaisons se feraient seulement à l'intérieur de ces états provinciaux, et non à l'échelle d'un pays regroupant des collectivités mieux nanties. En outre, ce phénomène pourrait coïncider avec un recul global du niveau de vie.

Les pays d'Europe ont toujours eu des populations très homogènes selon les normes nord-américaines. C'est l'une des raisons pour lesquelles la disparité de revenu n'est pas aussi marquée dans ces pays qu'au Canada ou aux États-Unis. Par conséquent, l'utilisation de mesures relatives de la pauvreté démontrerait une diminution du nombre de pauvres. Toutefois, avec l'unification de l'Europe, le nouvel ensemble sera beaucoup plus hétéroclite que ses composantes individuelles. Les mesures de la pauvreté couramment utilisées témoigneraient d'une augmentation de la pauvreté à la grandeur de l'Europe, même si l'unification accroîtra effectivement le niveau de vie global.

Les mesures relatives de la pauvreté ne permettent pas de répondre à un certain nombre de questions importantes et pourtant simples. Ainsi, prenons le cas d'une famille qui vivait dans le dénuement le plus complet l'an dernier, mais qui peut maintenant se permettre une maison, une voiture, une alimentation et des vêtements plus que convenables, etc. Une mesure absolue indiquerait que cette famille n'est plus pauvre. Avec une approche purement relative, nous ne pouvons répondre à une question aussi fondamentale sans savoir ce qu'il est advenu des autres gens autour. La famille pourrait en fait se retrouver dans une pire situation par rapport au reste de la collectivité. De plus, dans le cas de la mesure relative de la pauvreté, si une famille dépasse le seuil pertinent à un moment donné, nous ne pouvons même pas dire qu'elle est davantage en mesure de se procurer les biens et services nécessaires.

Ces mesures relatives de la pauvreté semblent aussi violer des principes généralement reconnus concernant la conception des mesures de la pauvreté. Dans son ouvrage publié par *Urban Institute Press*, Mme Patricia Ruggles parle d'indicateurs de la pauvreté qui seraient plus complexes que les mesures actuellement utilisées aux États-Unis. Ces nouvelles mesures devraient donner une meilleure idée générale de l'étendue de la pauvreté au pays. Son ouvrage énonce les principes approuvés par tous au sujet de la structure de ces indicateurs. Ainsi, ceux-ci devraient montrer une augmentation de l'indice de la pauvreté si les pauvres s'appauvrissent. C'est toutefois plus important, c'est qu'elle mentionne qu'on reconnaît généralement qu'un indicateur de la pauvreté ne devrait pas réagir aux changements dans les revenus ne visant que le non-pauvres<sup>2</sup>. Cet aspect relève des mesures de l'inégalité des revenus et non des mesures de la pauvreté. Cependant, si ces conseils conviennent pour un indicateur de la pauvreté, il conviendrait aussi pour une simple mesure de la pauvreté. Malheureusement, les mesures actuellement disponibles au Canada et généralement reconnues comme des mesures de la pauvreté, c'est-à-dire les SFR, ne répondent pas à ces critères.

Récemment, le Comité des droits sociaux, économiques et culturels des Nations Unies indique que le Canada n'avait pas su combattre efficacement la pauvreté et a cité à cet égard le fait que notre pays comptait plus de quatre millions de Canadiens dans le besoin et que beaucoup étaient sans abri ou souffraient de la faim. Ces conclusions sont fondées sur des indicateurs dor

Statistique Canada dit bien qu'ils ne constituent pas des indicateurs de pauvreté et qu'ils n

procéder à cette évaluation. Beaucoup de programmes mis en oeuvre pour lutter contre la vraie pauvreté ne sont pas pris en considération. Au bout du compte, nous ne savons pas si les familles faible revenu sont suffisamment bien nourries, logées et vêtues. Nous ne savons pas non plus si la situation s'est améliorée ou détériorée.

Aucun gouvernement au Canada n'est en mesure de bien s'attaquer au problème de l'insuffisance du revenu, s'il lui est impossible de savoir qui sont les Canadiens vraiment dans le besoin. Peu de Canadiens sont conscients de l'existence d'un problème à cet égard. Ils savent qu'il est essentiel de mesurer la pauvreté pour juger de la situation des pauvres dans notre pays et attendent, en conséquence, à ce que le gouvernement leur fournisse les données nécessaires à cette fin. Ils ont l'impression que Statistique Canada leur donne justement cette mesure scientifique et pertinente. Or, ce n'est malheureusement pas le cas.

---

**L'élimination de la pauvreté au Canada exige que nous soyons capables de mesurer l'insuffisance des revenus et d'évaluer la réussite ou l'échec de nos tentatives pour y arriver. De même, pour être en mesure de donner suite aux engagements pris par le gouvernement canadien, dans le cadre d'accords internationaux, il nous faut des indicateurs adaptés à la tâche.**

---

Selon le Comité, une personne est pauvre lorsqu'elle ne peut atteindre un niveau de vie convenable comparativement à d'autres dans la société, ce niveau de vie devant se traduire par l'accès à des biens et services essentiels. Ainsi, une mesure de l'insuffisance des revenus doit permettre de déterminer si une personne ou une famille peut se procurer des aliments, un logement, des vêtements, des soins de santé, etc., en quantité suffisante. C'est ce que l'on entend par pauvreté absolue. Ce concept se réfère à un niveau de vie. Ce «niveau» en deça duquel les familles sont considérées comme pauvres peut susciter et susciter en fait des débats considérables. Une mesure absolue peut utiliser un seuil élevé qui inclut aussi dans les familles pauvres certaines qui consomment toute une gamme de biens et services non essentiels. Ce seuil peut aussi être très bas et n'inclure dans les familles pauvres que celles qui arrivent difficilement à survivre physiquement. Néanmoins, ce qu'il faut surtout retenir au sujet de la pauvreté absolue, c'est qu'elle est fondée sur un niveau de bien-être économique.

L'autre perception de la pauvreté ne fait pas référence aux niveaux de vie comme tels, mais plutôt aux revenus par rapport à une moyenne établie pour l'ensemble de l'économie. Cette perception de la pauvreté met l'accent sur l'appartenance à un groupe. Dans la pratique, toutefois, elle tend à équivaloir presque à définir la pauvreté par rapport à l'inégalité des revenus. Ainsi, l'inégalité des revenus engendre de la pauvreté, mais celle-ci ne correspond pas à un niveau de vie précis. En fait, le niveau de vie associé à un seuil de pauvreté semblable peut varier énormément dans un pays aussi diversifié que le Canada.

Cette approche relative dépend aussi beaucoup du choix de la collectivité ou du groupe. Les mesures utilisées se servent habituellement de revenus moyens ou médians des Canadiens, mais probablement davantage par souci de simplification administrative que pour des raisons conceptuelles. Le seuil de pauvreté dans une collectivité éloignée de Terre-Neuve devrait-il être comparé à celui d'une collectivité riche de la Colombie-Britannique? Le coût de la vie à Vancouver devrait-il influencer sur ce seuil? Un(e) jeune de 21 ans terminant tout juste ses études devrait-il(elle) être considéré(e) sur le même plan qu'une personne travaillant depuis 20 ans, et devrait-il(elle) être considéré(e) comme pauvre si son revenu représente la moitié de celui du travailleur plus âgé?



seuil de la pauvreté ne paient pas d'impôt; que des garderies financièrement abordables soient offertes; que les familles pauvres aient plus facilement accès aux logements subventionnés. Aucune de ces trois recommandations principales ne serait prise en compte dans la fréquence de la pauvreté mesurée, tel qu'il en est habituellement fait état.

En outre, les auteurs du document du NPD recommandent que les revenus, sans égard à la provenance (emploi ou aide sociale), soient suffisants pour loger, vêtir et nourrir les familles. Pourtant, l'analyse faite dans ce document pour juger de l'insuffisance des niveaux d'aide sociale se fonde sur des seuils de faible revenu (SFR) de Statistique Canada qui ne sont aucunement établis en fonction des coûts inhérents à la satisfaction des besoins susmentionnés. À cause de l'utilisation de ces mesures existantes, le niveau de vie des pauvres qui n'ont pas de revenu d'emploi risque aussi d'être plus élevé par rapport à celui des petits salariés.

Dans sa réponse aux recommandations de notre Sous-comité et par suite de la signature de la Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant, le gouvernement a annoncé la mise en oeuvre de deux initiatives importantes : la nouvelle prestation pour enfants, qui comprend un supplément de revenu gagné à l'intention des gagne-petit, et le programme Grandir ensemble. Statistique Canada calculera la nouvelle prestation pour enfants comme un revenu, au moment d'établir ses seuils de faible revenu, même si seulement 400 millions des 2,1 milliards de dollars investis dans cette initiative constituent de nouveaux fonds. Par contre, le programme Grandir ensemble, qui permettra de financer des programmes de prévention et d'activités sociales recommandés par notre Comité, ne sera par pris en considération, même si son application risque d'être plus profitable aux enfants que ne pourrait l'être une augmentation de revenu familial. Toutefois, même si le revenu déclaré par les Canadiens à faible revenu augmente, toute diminution du nombre calculé pourrait être annulée, si Statistique Canada décide de réévaluer sa base de calcul pour les SFR.

Au Chapitre II, nous présenterons des données qui permettront de constater que les seuls critères de faible revenu établis par Statistique Canada ne constituent pas des mesures de la pauvreté et sont de piètres indicateurs de l'inégalité du revenu. Ces mesures présentent de nombreuses lacunes dont les plus flagrantes sont résumées ci-dessous.

- Ils sont mal compris et mal utilisés par les clients de Statistique Canada.
- Ils ne constituent pas une mesure cohérente du bien-être économique et ne peuvent donc pas nous indiquer si le niveau de vie des pauvres s'est amélioré ou s'est détérioré.
- Ils masquent les progrès réalisés dans la diminution de l'inégalité du revenu.
- Ils minimisent les effets bénéfiques de la croissance économique sur les familles à faible revenu.
- Ils font couramment appel à des notions impropres du revenu, en ne tenant pas compte de l'impôt sur le revenu.
- Ils ne tiennent pas compte des avantages non pécuniaires.
- Ils ne sont pas représentatifs d'un niveau de vie national constant sur une période donnée chez les collectivités et les différentes structures familiales. Ils ne font pas la distinction entre les besoins des familles de travailleurs et des familles de non-travailleurs.

Il est clair pour le Comité que la mesure et l'analyse de l'insuffisance des revenus au Canada donnent lieu à beaucoup d'incompréhension et de confusion. D'aucuns confondent l'inégalité de revenus et l'insuffisance des revenus ou se servent de paramètres de revenus mal adaptés pour

## CHAPITRE 1

# ÉVALUER LA PAUVRETÉ AU CANADA

Le 24 novembre 1989, la Chambre des communes a adopté unanimement la motion suivante de M. Ed Broadbent : « Que la Chambre témoigne de son souci pour le million et plus d'enfants canadiens qui vivent dans la pauvreté et s'emploie à réaliser l'objectif d'éliminer la pauvreté chez les enfants du Canada d'ici l'an 2000 »<sup>1</sup>.

Tous les députés de la Chambre des communes se sont déclarés résolument en faveur de l'élimination de la pauvreté chez les enfants, compte tenu surtout du million et plus d'enfants canadiens qui, croyait-on, vivaient dans la pauvreté à l'époque. Le Sous-comité sur la pauvreté du Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine a accepté avec grand enthousiasme d'examiner la question de plus près et s'y est consacré pendant près de deux ans. Son rapport, « LES ENFANTS DU CANADA : Notre avenir », a été publié à la fin de 1991. On y trouve de nombreuses recommandations visant à réduire la fréquence de la pauvreté chez les enfants.

Les députés fédéraux, à l'instar de la plupart des Canadiens, croyaient que la source du problème résidait dans la piètre performance de l'économie et dans l'insuffisance des services sociaux offerts par les gouvernements. Nous croyions alors que l'élimination de la pauvreté passait d'abord par la suppression de ces lacunes. Nous étions peu conscients, à l'époque, du fait que le principal obstacle à l'élimination de la pauvreté tenait davantage à l'absence d'outils appropriés pour déterminer les problèmes qui contribuent à la pauvreté.

Les recommandations formulées par le Sous-comité en 1991 étaient nombreuses, variées et, de notre point de vue, de nature à favoriser l'élimination de la vraie pauvreté. Elles portaient sur l'adoption de normes nationales en matière de bien-être, la mise en oeuvre de mesures pour améliorer la santé et les compétences parentales des femmes enceintes ainsi que la santé des adolescents et des jeunes enfants, l'implantation de programmes de formation et de sensibilisation, l'amélioration des perspectives d'emploi offertes aux parents et aux enfants pauvres et l'augmentation du revenu grâce à une forte majoration de la prestation pour enfant et à l'octroi d'un supplément de revenu gagné à l'intention des gagne-petit. Cependant, les mesures statistiques existantes ne refléteraient pas bon nombre de ces initiatives.

Les députés libéraux de la Chambre des communes ont publié un rapport minoritaire sur la pauvreté chez les enfants, où ils recommandent principalement l'établissement, à l'échelle nationale, de programmes de distribution de petits déjeuners, de déjeuners et de goûters dans les écoles et la mise en oeuvre d'une réforme fiscale pour les familles avec enfants. Ces suggestions, bien que valables, ne seraient pas non plus prises en compte dans nos mesures statistiques.

Les députés néo-démocrates ont publié un rapport minoritaire de même qu'un exposé de principes sur la pauvreté. Ce dernier renferme une longue liste de recommandations, dont certaines influent directement sur le niveau de vie des pauvres : que les personnes vivant sous le





## PRÉFACE

Le Sous-comité part de l'hypothèse selon laquelle les politiques visant à mettre fin à la pauvreté ne peuvent porter fruit que si nous avons les moyens de déterminer notre bassin de population pauvre et d'évaluer l'ampleur globale de la pauvreté au Canada. Or, nous en sommes dépourvus pour l'instant! Les chiffres produits par Statistique Canada correspondent aux indices de bien-être les plus courants et, aux dires mêmes de ses représentants, ne peuvent servir à mesurer la pauvreté.

Le voeu du Sous-comité est de faire en sorte que tous les Canadiens puissent jouir d'un niveau de vie décent. Les mesures utilisées couramment de nos jours ne rendent pas compte fidèlement de l'augmentation du niveau de vie observée au fil des ans. Par conséquent, elles ne permettent pas de déterminer avec précision le nombre de familles qui n'ont pas profité de l'amélioration de la situation économique.

La Chambre des communes a adopté à l'unanimité une motion visant à éliminer la pauvreté chez les enfants d'ici l'an 2000, et le Sous-comité a recommandé d'adopter à cet égard une approche très large afin de donner aux enfants pauvres toutes les chances de se bien développer. Cependant, pour nous fixer des objectifs concrets et réalisables, nous devons savoir exactement quels enfants ont besoin d'aide au Canada. Si nous errons dans la définition du problème, nous ne pourrions pas éliminer la pauvreté chez les enfants, et ils continueront de souffrir. Cette étude vise non pas à réduire la pauvreté en restreignant la définition que l'on en donne, ni à la redéfinir mais plutôt à trouver une autre façon de déterminer les éléments particuliers qui contribuent à la pauvreté afin que nous puissions trouver les moyens les plus efficaces de diminuer ou d'éliminer la pauvreté le plus rapidement possible.

Nous déplorons que les députés de l'opposition refusent de collaborer à ces travaux, tout comme nous regrettons la décision d'un certain nombre de groupes de réflexion et de partisans de la lutte contre la pauvreté de ne pas y participer. Leur apport aurait pu être grandement utile, étant donné que nous partageons tous les mêmes objectifs. Selon nous, cette étude ne manque toutefois pas de légitimité pour autant. La question doit faire l'objet d'un examen et c'est pourquoi nous avons entrepris cette étude. Les témoignages étayant le présent rapport figurent dans les fascicules nos 3 à 10 du Sous-Comité de la pauvreté.



# Table des matières

PRÉFACE	1
CHAPITRE 1 — ÉVALUER LA PAUVRETÉ AU CANADA	1
CHAPITRE II — LES INDICATEURS DE FAIBLE REVENU DE STATISTIQUE CANADA :	
LES SFR ET LES MFR	7
A. LA NATURE ET L'ORIGINE DES SFR	7
B. PAUVRETÉ ET FAIBLE REVENU : UNE QUESTION DE NIVEAUX DE VIE	11
C. LE RÔLE DE LA CROISSANCE ÉCONOMIQUE	13
D. REVENU AVANT IMPÔT VS REVENU APRÈS IMPÔT	16
E. TRAITEMENT DES AVANTAGES MATÉRIELS	19
F. AUTRES ASPECTS RELATIFS AU REVENU	21
CHAPITRE III — AUTRES MESURES DE LA PAUVRETÉ	29
A. LA MESURE DE LA PAUVRETÉ AUX ÉTATS-UNIS	29
B. LES SEUILS DE PAUVRETÉ DE SARLO	33
C. LES LIGNES DIRECTRICES DU DISPENSARE DIÉTÉTIQUE DE MONTRÉAL	34
D. MÉTHODES DE MESURE DE LA PAUVRETÉ EMPLOYÉES À L'ÉTRANGER	35
CHAPITRE IV — QUI SONT LES PAUVRES ?	41
A. LES PROPRIÉTAIRES DE RÉSIDENCE	41
B. LE REVENU D'UN TRAVAIL INDÉPENDANT ET LE REVENU DE PLACEMENT	42
C. LES ÉTUDIANTS	43
D. LES TRAVAILLEURS À FAIBLE REVENU	43
CHAPITRE V — DIVERS MODÈLES DE MESURE DE LA PAUVRETÉ :	
LE BUDGET DE SUBSISTANCE	47
UN BUDGET DE SUBSISTANCE	50
CONCLUSIONS	54
ANNEXE AU CHAPITRE V	
TABLEAUX ILLUSTRANT LA MESURE DE L'INSUFFISANCE DES REVENUS POUR CERTAINES VILLES DU CANADA	59
CHAPITRE VI — CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	73
ANNEXE A — TÉMOINS ENTENDUS À TORONTO ET FREDERICTON	79
ANNEXE B — LISTE DES TÉMOINS	81
ANNEXE C — CORRESPONDANCE REÇUE PAR LE SOUS-COMITÉ	83
DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT	99





## *Remerciements*

Les membres du Sous-comité sur la pauvreté soulignent avec gratitude la contribution des divers responsables et représentants de la communauté qui ont bien voulu nous rencontrer et nous offrir leurs observations constructives sur les questions importantes soulevées dans ce rapport.

Nous tenons à remercier Marion Wrobel de la Bibliothèque du Parlement de l'enthousiasme et de l'habileté dont il a fait preuve dans l'accomplissement de cette lourde tâche. Notre Comité peut s'estimer chanceux d'avoir eu à sa disposition un attaché de recherche de sa compétence et de son calibre qui comprenait parfaitement combien il importait à la réalisation de notre objectif d'obtenir les bonnes statistiques.

Nous remercions également de sa patience et de son dévouement le greffier du Sous-comité, Eugene Morawski, qui a organisé et coordonné les audiences et s'est chargé de la publication du rapport.

Nous remercions aussi de son aide le personnel de la Direction des comités, du Bureau des traductions du Secrétaire d'Etat, des Services de soutien de la Chambre des communes et du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement.

La présidence remercie sincèrement les membres conservateurs du Sous-comité Edna Anderson et Jean-Luc Joncas de leur dévouement et de leur persévérance. Alan Redway a également participé à nos audiences et à nos délibérations. Le Comité a beaucoup profité de son expérience et de l'intérêt qu'il porte au problème de la pauvreté.



**Le Comité permanent de la santé et du bien-être  
social, des affaires sociales, du troisième âge et de la  
condition féminine**

a l'honneur de présenter son

**HUITIÈME RAPPORT**

Conformément au mandat que lui confère l'article 108(1) du Règlement, votre Comité a mis  
à pied un Sous-comité et lui a donné le mandat d'examiner le sujet de la pauvreté.  
Le Sous-comité a présenté son deuxième rapport au Comité.  
Votre Comité a adopté le rapport, dont voici le texte :



COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE  
SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES, DU TROISIÈME ÂGE  
ET DE LA CONDITION FÉMININE

*Présidence:* Barbara Greene

*Vice-présidents:* Rey Pagtakhan  
Jean-Luc Joncas

Members

Edna Anderson  
Jim Karpoff  
Bobbie Sparrow  
David Walker  
Stan Wilbee—(8)

(Quorum 8)

*Le greffier du comité*

Eugene Morawski

SOUS-COMITÉ SUR LA PAUVRETÉ DU COMITÉ  
PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL,  
DES AFFAIRES SOCIALES, DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA  
CONDITION FÉMININE

*Présidence:* Barbara Greene

*Vice-président:* Chris Axworthy

Members

Edna Anderson  
Jean-Luc Joncas  
Rey Pagtakhan

(Quorum 3)

*Le greffier du Sous-comité*

Eugene Morawski

*Service de recherche  
Bibliothèque du Parlement*

Marion G. Wrobel

En vente: Groupe Communication Canada — Edition,  
Approvisionnement et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre  
des communes par l'imprimeur de la Reine pour le Canada.

Available from Canada Communication Group — Publishing  
Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

Published under authority of the Speaker of the  
House of Commons by the Queen's Printer for Canada.

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND WELFARE  
SOCIAL AFFAIRS, SENIORS AND THE STATUS OF  
WOMEN

*Chair:* Barbara Greene

*Vice-Chairmen:* Rey Pagtakhan  
Jean-Luc Joncas

Members

Edna Anderson  
Jim Karpoff  
Bobbie Sparrow  
David Walker  
Stan Wilbee—(8)

(Quorum 8)

Eugene Morawski

*Clerk of the Committee*

SUB-COMMITTEE ON POVERTY OF THE STANDING  
COMMITTEE ON HEALTH AND WELFARE, SOCIAL  
AFFAIRS, SENIORS AND THE STATUS OF WOMEN

*Chair:* Barbara Greene

*Vice-Chairman:* Chris Axworthy

Members

Edna Anderson  
Jean-Luc Joncas  
Rey Pagtakhan

(Quorum 3)

Eugene Morawski

*Clerk of the Sub-Committee*

Marion G. Wrobel

*Research Branch  
Library of Parliament*

Procès-verbaux et témoignages du Comité  
Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing  
Committee on

Qualité et du bien-être  
social, des affaires  
sociales, du troisième  
âge et de la condition  
féminine  
Santé et du bien-être  
social, des affaires  
sociales, du troisième  
âge et de la condition  
féminine  
Health and Welfare,  
Social Affairs,  
Seniors and the Status  
of Women

CONCERNANT:  
RESPECTING:  
de du deuxième rapport du Sous-comité sur la  
Sub-Committee on Poverty  
CONCERNANT:  
RESPECTING:  
de du deuxième rapport du Sous-comité sur la  
Sub-Committee on Poverty

COMPRIS:  
litième rapport à la Chambre:  
Commissé de l'an 2000:  
miner la pauvreté des enfants  
COMPRIS:  
litième rapport à la Chambre:  
Commissé de l'an 2000:  
miner la pauvreté des enfants



**PROMESSE DE L'AN 2000 :  
Éliminer la pauvreté des enfants**

**Rapport du Comité permanent de la santé et du bien-être  
social, des affaires sociales, du troisième âge et de la  
condition féminine**

**Barbara Greene, députée  
présidente**

**Sous-comité sur la pauvreté**

**Juin 1993**





Juin 1993

Sous-comité sur la pauvreté

Barbara Greene, députée  
présidence

Rapport du Comité permanent de la santé et du bien-être  
social, des affaires sociales, du troisième âge et de la  
condition féminine

PROMESSE DE L'AN 2000 :  
Éliminer la pauvreté des enfants

Chambre des communes  
Ottawa





CANADA

## INDEX

STANDING COMMITTEE ON

# Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women

HOUSE OF COMMONS



---

Issues 1-22 • 1991-1993 • 3rd Session • 34th Parliament

---

Published under authority of the Speaker of the House of Commons  
by the Queen's Printer for Canada.

Available from Canada Communication Group — Publishing,  
Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre des  
communes par l'Imprimeur de la Reine pour le Canada.

En vente: Groupe Communication Canada — Édition,  
Approvisionnement et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9



## GUIDE TO THE USER

---

This index is subject-based and extensively cross-referenced. Each issue is recorded by date; a list of dates may be found on the following page.

The index provides general subject analysis as well as subject breakdown under the names of Members of Parliament indicating those matters discussed by them. The numbers immediately following the entries refer to the appropriate pages indexed. The index also provides lists.

All subject entries in the index are arranged alphabetically, matters pertaining to legislation are arranged chronologically.

A typical entry may consist of a main heading followed by one or more sub-headings.

### Income tax

Farmers

Capital gains

Cross-references to a first sub-heading are denoted by a long dash.

Capital gains *see* Income tax—Farmers

The most common abbreviations which could be found in the index are as follows:

1r, 2r, 3r, = first, second, third reading    A = Appendix    amdt. = amendment    Chap = Chapter  
g.r. = government response    M. = Motion    o.q. = oral question    qu. = question on the *Order*  
*Paper*    R.A. = Royal Assent    r.o. = return ordered    S.C. = Statutes of Canada  
S.O. = Standing Order

Political affiliations:

BQ	Bloc Québécois
Ind	Independent
Ind Cons	Independent Conservative
L	Liberal
NDP	New Democratic Party
PC	Progressive Conservative
Ref	Reform Party of Canada

---

For further information contact the  
Index and Reference Service — (613) 992-8976  
FAX (613) 992-9417

---



# INDEX

## HOUSE OF COMMONS STANDING COMMITTEE

THIRD SESSION—THIRTY-FOURTH PARLIAMENT

---

### DATES AND ISSUES

—1991—

May: 30th, 2.  
June: 6th, 2; 11th, 18th, 3.  
September: 19th, 4.  
October: 30th, 4.  
December: 3rd, 5.

—1992—

February: 12th, 6; 19th, 7.  
May: 7th, 8.  
June: 11th, 9, 10.  
September: 16th, 11.  
November: 18th, 24th, 12; 25th, 13.

—1993—

February: 2nd, 9th, 14; 16th, 15; 23rd, 16.  
March: 9th, 25th, 17.  
April: 20th, 18.  
May: 13th, 19; 25th, 20; 27th, 21.  
June: 1st, 15th, 18; 8th, 22.

N.B. There is no issue 1.





**Aboriginal people**

- Health care, 8:21, 24-5
- Homosexuals, "two-spirited people", 13:18
- See also AIDS—Victims

**Aboriginal Women and Economic Development Steering Committee**

- Funding, 2:34

**Abortion**

- Legislation, 11:11-2
- Protests, 11:12-3

**Access to information** *see* Infectious disease notification, emergency response employees**Advertising** *see* Health—Promotion; Tobacco**Advisory Committee on AIDS Therapies** *see* Organizations appearing**Advisory Committee on Epidemiology** *see* Committee—Witnesses**AG Care Group** *see* Committee—Witnesses**Agenda and procedure subcommittee** *see* Procedure and Committee business**Agriculture** *see* Environment—Health concerns**AIDS**

- Canadian Medical Association guidelines, 15:17-20
- Community-based groups, 13:34, 37-40, 53-4
  - Funding, 13:40, 45, 49-50
  - Toronto People With AIDS Foundation, 13:35-7
- Discrimination, 4:8, 28; 12:18; 13:34, 39, 53
- Drugs, 12:36
  - Accessibility, 12:36-8
  - Canadian HIV Trials Network, role, 12:9, 18-9, 32-3, 42-3
  - Clinical trials, 12:7-9, 19, 28, 49-50
  - Costs, 12:38-9, 45-8, 51, 53-4
  - DDI, 4:9; 12:39
  - Drug resistance of HIV, 12:14
  - Emergency Drug Release Program, 4:13; 12:30, 37, 39, 44; 13:43
  - Non-licensed drugs, 12:46, 51-3
  - Patent protection/orphan drug laws, 12:29-30; 13:29-30
  - Regulation, 12:39
  - Vaccine, 13:5-8, 20-2, 27-9
- Epidemic, 12:18, 30-1; 13:4
- Ethical issues, 12:16, 52-3
- Expert Advisory Committee on HIV Therapies, effectiveness, 12:40, 54
- Federal Centre for AIDS, disbanding, 4:19-20
- Federal government, role, 12:21-2, 24, 40; 13:9-10, 25, 32-3, 40
- Federal-provincial governments, co-operation, 12:31-5, 46, 55-6
- Forecasting, 4:7
- Funding, 4:14-5, 23-4; 12:8-9, 30, 49; 13:14, 19-20, 22-4, 30-2
  - Private sector, 13:25-7
  - United States, comparison, 12:40-1
  - See also AIDS—Community-based groups—Public education—Research
- Government departments, collaboration, 4:28-9
- Immigrants, policy, 4:15-6, 28

**AIDS—Cont.**

- Impact, 12:13; 13:9
- International aspects, 13:49, 52-3
- National strategy, 12:20-1, 47-8; 13:11-2, 14-5
  - Committee study, 4:5-30
  - Consultations/conferences, 4:6, 14; 12:33-4, 48; 13:11, 13-4
  - Parliamentary joint committee, establishing, 4:12-3
- Parliamentary Ad Hoc Committee on AIDS, Committee discussions, 12:6-56; 13:4-54
- Prevention, 4:6-7; 13:9, 12-3
  - Needle exchange program, 12:32, 34, 46; 13:23
  - Penitentiaries, distribution of condoms, 4:27-8
  - Safe sexual practices, 13:24
- Progression, survival rates, 12:14, 18, 30-1
- Newfoundland, comparison, 13:45-7
- Public education, 4:7-8, 19-20, 24; 12:20, 41-2; 13:8, 12-3, 16-7, 35, 47-8
  - Canadian AIDS Society petition, 13:33-4
  - Funding, 4:18
  - Health care workers, 12:48-51, 55
- Public perception, 13:9, 25, 29, 36
- Research, 4:8-9; 12:10; 13:10-1, 18-9
  - Basic/applied research, 12:22-4
  - Benefits, 12:16, 28
  - Canadian Infectious Diseases Society position, 12:10-2
  - Community involvement, 12:15-6
  - Costs, 12:27-8
  - Funding, 4:17-8, 21, 24-5, 29; 8:14-6; 12:8-10, 12, 18, 21, 33; 13:6, 50-1
  - International collaboration, 12:16-7, 22-6
  - Policy/priorities, 4:22; 12:13-4, 19, 26-7
  - Training, 12:11
  - See also AIDS—Drugs, Clinical trials—Transmission
- Sexual activity, relationship, 13:48
- Socio-economic aspects, 4:25-6, 28-9; 13:8-9, 15-6
  - Newfoundland, comparison, 13:45-7
- Transmission, 4:26-7, 29-30; 15:19-20
  - Injection drug use, 13:17-8
  - New kinds of infections, 12:11-2, 28-9
  - Studies, 12:14-5
- Treatment, 4:19; 12:14, 19, 31, 35-6; 13:17
  - Chinese herbal medicines, 13:44
  - Costs, 12:10; 13:35
  - Health promotion, relationship, 13:38-9
  - Information system, 12:39-40, 44, 51-2; 13:39, 41-5, 51-2
  - Innovations, 12:12
  - "Optimal care", 4:9
  - Physician education, 12:44-5, 55
  - Social service programs, 4:9-10; 13:52-3
- Victims, 4:7; 12:15, 30-1
  - Aboriginal people, 13:15-9, 23-5, 29
  - "Family", definition, 13:49
  - Health care workers, 4:24
  - Homosexuals, 13:9, 18, 24, 47, 49, 53-4
  - Inuit people, 13:18
  - Screening, 4:19
  - Statistics, 4:21, 25-6, 29-30; 13:4, 9
  - Suicide, relationship, 13:18

**AIDS—Cont.**

## Victims—Cont.

Women, 12:17, 19, 30-1; 13:19, 43, 46, 48

See also Blood supply; Infectious disease notification, emergency response employees—Blood supply—United States legislation; Parliamentary Ad Hoc Committee on AIDS

**AIDS Action Now** see Organizations appearing

**Alcohol** see Foetal alcohol syndrome

**Anawak, Jack Iyerak** (L—Nunatsiaq)

Banks and banking, 2:47

Justice, 2:47

Status of Women Co-ordinator Office estimates, 1991-1992, main, 2:45-7

**Anderson, Edna** (PC—Simcoe Centre)

Aboriginal people, 8:24-5

AIDS, national strategy, Committee study, 4:15, 24

Canada Health Act (amdt.)(Bill C-333)(subject-matter), 14:21, 34, 38; 15:28; 17:15-7, 23, 28, 32

Commonwealth Games, 2:62

Fitness and Amateur Sport Ministry estimates, 1991-1992, main, 2:62

Health care, 11:8-9

Infectious disease notification, emergency response employees, 14:21, 34; 15:28; 17:15-7, 23, 28, 32

National Health and Welfare Department estimates, 1992-1993, main, 8:8, 24-5

Planned Parenthood Federation of Canada, Committee study, 7:27

Procedure and Committee business

Business meetings, 14:6, 9; 17:33-5

Prorogation, 14:38

Questioning of witnesses, 8:8

Subcommittee, 3:65-6

Travel, 17:33

References, *in camera* meetings, 3:66-8; 5:113; 6:23; 9:63; 10:39; 18:39-40; 19:47; 21:63; *Issue 22, Minutes of Proceedings*

South Africa, 2:62

Sports, 2:62

Status of Women Co-ordinator Office estimates, 1991-1992, main, 2:47

Sweden, health care and social policy issues, Committee study, 11:5, 8-9

Women, 2:47

**Anderson, Joan** (Canadian AIDS Society)

AIDS, Parliamentary Ad Hoc Committee on AIDS, Committee discussions, 13:31-4, 52-4

**Appointments** see Order in Council appointments

**Armit, Amelita** (National Health and Welfare Department)

AIDS, national strategy, Committee study, 4:22

**Athletes** see High-performance athletes

**Athletes' rights**

Policy, 2:64-5

**Axworthy, Chris** (NDP—Saskatoon—Clark's Crossing)

AIDS, 12:21-2, 31, 48-50

National strategy, Committee study, 4:13-4, 22-3, 27-8

**Axworthy, Chris—Cont.**

AIDS—Cont.

Parliamentary Ad Hoc Committee on AIDS, Committee discussions, 12:21-2, 31, 48-50, 52

Blood supply, 12:6

Procedure and Committee business, business meeting, 12:5-6

References, *in camera* meetings, 3:67; 5:113

**Banks and banking**

Loans, women, co-signing required, 2:47

**Bartlett, William** (Library of Parliament Researcher)

References, *in camera* meetings, 18:39-40

**Barwin, Norman** (Planned Parenthood Federation of Canada)

Planned Parenthood Federation of Canada, Committee study, 7:4-5, 12-5, 17, 22-5

**BC Centre for Excellence in HIV AIDS** see Organizations appearing

**Bégin, Patricia** (Library of Parliament Researcher)

References, *in camera* meetings, 3:66, 68

**Berger, David** (L—Saint-Henri—Westmount)

AIDS, Parliamentary Ad Hoc Committee on AIDS, Committee discussions, 13:25, 34

Procedure and Committee business, petitions, 13:34

**Bills referred**

Canada Health Act (amdt.)(Bill C-33)(subject-matter)

See also bills by title

**Birth control**

Adult awareness, 7:17-8

Effectiveness, 7:8-9

Royal Commission on New Reproductive Technologies, role, 7:19

**Bjornemalm, Maud** (Swedish Parliamentary Standing Committee on Social Insurance and Immigration)

Sweden, health care and social policy issues, Committee study, 11:5, 11

**Black, Dawn** (NDP—New Westminster—Burnaby)

Birth control, 7:17, 19

Family violence, 2:43

National Council of Women, 2:42-3

Planned Parenthood Federation of Canada, 2:42

Committee study, 7:10-1, 14-9

Pregnancy, 7:18-9

Procedure and Committee business

Staff, 7:10

Subcommittee, 3:65-6

Public advocacy groups, 2:41-2

References

*In camera* meetings, 3:66, 68; 9:63; 10:39

See also Women—Violence

Sexuality Information Resource Centre and Clearinghouse, 7:14-6

Status of Women Co-ordinator Office estimates, 1991-1992, main, 2:41-4, 49

Women, 2:43-4

**Blatherwick, John** (Canadian Public Health Association)

AIDS, Parliamentary Ad Hoc Committee on AIDS, Committee discussions, 13:14-5, 19-20, 22-3, 27, 31

**Blenkarn, Don** (PC—Mississauga South)

Sweden, health care and social policy issues, Committee study, 11:5, 7-8, 14

**Blood supply**

Contamination, AIDS/HIV virus, 12:16

Committee examination proposal, 12:5-6

Public inquiry, 20:13-4

Victim compensation, 4:16

*See also* Infectious disease notification, emergency response employees; Reports to House—Sixth

**Bouchard, Hon. Benoît** (PC—Roberval; Minister of National Health and Welfare; resigned June 17, 1993)

Aboriginal people, 8:21

**AIDS**

Discrimination, 4:8, 28

Drugs, 4:9, 13

Forecasting, 4:7

Funding, 4:14-5, 23-4

Government departments, 4:28-9

Immigrants, 4:16, 28

National strategy, Committee study, 4:5-10, 12-21, 23-4, 26-9

Prevention, 4:6-7, 27-8

Public education, 4:7-8, 18-20

Research, 4:8-9, 17-8

Socio-economic aspects, 4:26, 28-9

Treatment, 4:9-10

Victims, 4:7, 24, 26

Blood supply, 20:13

Breast cancer, 8:14-5

Canada Assistance Plan, 8:18-9, 27-9; 20:9-10

Child poverty, 8:13-4, 30-1

Child Tax Benefits program, 20:7

Children, 8:11-2, 14; 20:5, 8, 17-8

Drug abuse, 8:12, 26-7; 20:7

Drugs and pharmaceuticals, 20:7, 22-3, 27-8

Environment, 8:12

Family, 8:10

Family violence, 8:12; 20:7-8

Foetal alcohol syndrome, 20:13

Food, 20:11

**Health**

Individual responsibility, 20:6

Promotion, Healthy Canada program, 20:6, 16, 19

Regulation, 20:7

**Health care**

Cost-savings, 20:20

Funding, 8:12-3, 23-4; 20:24-6

Universality, 4:12

User fees, 8:20, 31

Income security programs, 20:7

Medical devices and implants, 20:7

Medical research, 8:22; 20:6, 26

Medical technology, 20:20

National Health and Welfare Department estimates

1992-1993, main, 8:10-5, 18-24, 26-32

1993-1994, main, 20:5-13, 16-27, 29

Nutrition, 20:6

Pornography, 8:20

Poverty, 20:10

**Bouchard, Hon. Benoît—Cont.**

Procedure and Committee business, ministers, 4:5

References *see* Infectious disease notification, emergency response employees

Social programs, 20:8-9

Tobacco, 20:6

**Breast cancer**

Committee report, 11:12, 20

Research funding, 8:14-5, 22; 20:21, 26-7

*See also* Reports to House—Fourth

**Breast feeding/infant formula**

Committee examination proposal, 2:19-20

**Breast implants**

Committee examination proposal, 6:24

**Brewin, John F.** (NDP—Victoria)

Fitness and Amateur Sport Ministry estimates, 1991-1992, main, 2:56-7, 61-5

Procedure and Committee business, questioning of witnesses, 2:56-7, 61

**Britain** *see* Health care—Services**Budget** *see* Procedure and Committee business**Cadieux, Hon. Pierre H.** (PC—Vaudeuil; Minister of State (Fitness and Amateur Sport) and Minister of State (Youth) and Deputy Leader of the Government in the House of Commons to June 25, 1993)

Athletes' rights, 2:65

Canada Games Council, 2:56

Canada's Fitweek, 2:50

Canadian Anti-Doping Organization, 2:67

Commonwealth Games, 2:56, 62

Fitness, 2:50-2

Fitness and Amateur Sport Ministry estimates, 1991-1992, main, 2:49-56, 58-62, 64-8

High-performance athletes, 2:67-8

National unity, 2:56, 60-1

South Africa, 2:62

**Sports**

Disabled and handicapped, participation, 2:59

Drugs, illegal performance-enhancing, 2:52-3, 58

Fair Play program, 2:55

Funding, 2:54-5

International relations/competitions, 2:54-6

Policy, 2:53, 65

Women, participation, 2:55, 62

**Caloren, Heather** (Canadian Nurses Association)

Canada Health Act (amdt.)(Bill C-333)(subject-matter), 16:5-8, 10-20

**Canada Assistance Plan**

Funding cuts, 8:17-9, 27-9

Review, 20:9-10

**Canada Food Guide** *see* Nutrition**Canada Games Council**

Establishment, 2:56

**Canada Health Act** *see* Infectious disease notification, emergency response employees



- Canada Health Act (amdt.)(Bill C-33)(subject-matter)—Langan**  
 Consideration, 14:10-41; 15:4-28; 16:4-20; 17:5-33  
*In camera* meetings, draft report, consideration, 18:39-40  
 References, inadequate notice to witnesses, 17:24, 31  
*See also* Infectious disease notification, emergency response employees; Orders of Reference; Reports to House—Ninth
- Canada's Fitweek**  
 Public/private sector collaboration, 2:50
- Canadian AIDS Society**  
 Background, 13:31  
*See also* AIDS—Public education; Organizations appearing
- Canadian Anti-Doping Organization**  
 Establishment, 2:67
- Canadian Association for HIV Research** *see* Organizations appearing
- Canadian Blood Agency**  
 Federal representation, 20:21-2
- Canadian Charter of Rights and Freedoms** *see* Infectious disease notification, emergency response employees—Privacy
- Canadian HIV Trials Network** *see* AIDS—Drugs; Organizations appearing
- Canadian Infectious Diseases Society**  
 Background, 12:10  
*See also* AIDS—Research; Organizations appearing
- Canadian Medical Association** *see* AIDS; Infectious disease notification, emergency response employees; Organizations appearing
- Canadian Nurses Association** *see* Infectious disease notification, emergency response employees; Organizations appearing
- Canadian Police Association** *see* Infectious disease notification, emergency response employees; Organizations appearing
- Canadian Public Health Association** *see* Organizations appearing
- Canadian Union of Public Employees** *see* Infectious disease notification, emergency response employees; Organizations appearing
- Cancer** *see* Breast cancer; Prostate cancer
- Catley-Carlson, Margaret** (National Health and Welfare Department)  
 National Health and Welfare Department estimates, 1992-1993, main, 8:15-7, 24-5, 31-2
- Centre for Legislative Exchange** *see* Committee—Travel
- Chairman, rulings and statements**  
 Questioning of witnesses, rotation by party, no set procedure, 4:11, sustained on appeal, 4
- Champagne, Michel** (PC—Champlain; Parliamentary Secretary to Minister of Forestry from May 8, 1991 to September 1, 1993 and Parliamentary Secretary to Minister of Energy, Mines and Resources from March 11, 1993 to September 1, 1993; Parliamentary Secretary to Minister of Energy, Mines and Resources and Minister of Forestry from September 1, 1993 to August 31, 1994)  
 National Health and Welfare Department estimates, 1993-1994, main, 20:24-5
- Child care**  
 Tax credit proposal, 8:28
- Child poverty**  
 Program, establishing, 8:13-4  
 Report to Parliament, annual, 8:30-1  
*See also* Reports to House—Second—Eighth
- Child Tax Benefit program**  
 Purpose, 20:7-8
- Children**  
 "Brighter Futures" program, 8:11-2, 14, 32; 20:5, 8, 17-9  
 Health care, 11:15  
*See also* Breast feeding/infant formula; National Health and Welfare Department
- Chinese herbal medicines** *see* AIDS—Treatment
- Cigarettes** *see* Tobacco
- Clancy, Mary** (L—Halifax)  
 Family violence, 2:38-9, 46  
 Prison for Women, 2:46  
 Procedure and Committee business, subcommittee, 3:65-6  
 References, *in camera* meetings, 3:66-8; 19:47  
 Status of Women Co-ordinator Office estimates, 1991-1992, main, 2:38-9, 45-6, 48-9
- Cockrill, Christopher** (Canadian AIDS Society)  
 AIDS, Parliamentary Ad Hoc Committee on AIDS, Committee discussions, 12:41-5, 47-8, 53-4
- Cole, John E.** (PC—York—Simcoe)  
 References, *in camera* meetings, 3:67
- Collins, Hon. Mary** (PC—Capilano—Howe Sound; Associate Minister of National Defence and Minister Responsible for the Status of Women to January 4, 1993; Minister of Western Economic Diversification and Minister of State (Environment) and Minister Responsible for the Status of Women from January 4, 1993 to June 25, 1993; (Minister Designate of Health) Minister of National Health and Welfare and Minister Responsible for the Status of Women from June 25, 1993)  
 Aboriginal Women and Economic Development Steering Committee, 2:34  
 Commonwealth Women's Affairs Ministers conference, 2:36  
 Family violence, 2:33, 38-41, 43-6  
 Justice, 2:35-6, 47  
 National Council of Women, 2:42-3  
 Prison for Women, 2:35  
 Public advocacy groups, 2:42-3  
 Status of Women Co-ordinator Office  
 Estimates, 1991-1992, main, 2:30-48  
 Funding, 2:36  
 Offices, 2:37



- Collins, Hon. Mary**—*Cont.*  
 Status of Women Co-ordinator Office—*Cont.*  
 Role, 2:31-3, 36-7  
 Women  
 Education, 2:33-5, 47-8  
 Violence, 2:32, 37-8, 43-4
- Committee**  
 Staff  
 Majeau, L., hiring, 9:63  
 Reynolds, B., hiring, 7:10  
 Wrobel, M., travel expenses, 19:47  
 Travel, organization, Centre for Legislative Exchange, contract, 17:34  
 Visitors, Lithuanian and Latvian parliamentarians, 8:6  
 Witnesses  
 Advisory Committee on Epidemiology, 14:34-7, 40-1  
 AG Care Group, 8:33  
 List, 14:7-8, 10, 31  
 Planned Parenthood Federation of Canada, 6:24  
*See also* Breast cancer; Infectious disease notification, emergency response employees; Order in Council appointments; Planned Parenthood Federation of Canada—Funding; Procedure and Committee business
- Committee studies and inquiries**  
 AIDS  
 National strategy, Committee study, 4:5-30  
 Parliamentary Ad Hoc Committee on AIDS, 12:6-56; 13:4-54  
 Canada Health Act (amdt.)(Bill C-333)(subject-matter), 14:10-41; 15:4-28; 16:4-20; 17:5-33; 18:39-40  
 Fitness and Amateur Sport Ministry estimates, 1991-1992, main, 2:49-68  
 National Health and Welfare Department estimates  
 1992-1993, main, 8:6-34  
 1993-1994, main, 20:5-29  
 Planned Parenthood Federation of Canada, 7:4-27  
 Status of Women Co-ordinator Office estimates, 1991-1992, main, 2:30-49  
 Sweden, health care and social policy issues, 11:4-20  
*See also* Blood supply; Breast feeding/infant formula; Breast implants; Hepatitis B vaccine; Medical devices and implants; Poverty; Reproductive technology
- Commonwealth Games**  
 Victoria, B.C., 1994, funding, 2:56, 62
- Commonwealth Women's Affairs Ministers conference**  
 Costs, 2:36
- Community AIDS Treatment Information Exchange**  
 Background, publications, 13:41-4  
*See also* Organizations appearing
- Community groups** *see* AIDS
- Computers** *see* Family violence—Data base; Health care—Cost-savings
- Condoms** *see* AIDS—Prevention
- Conway, Brian** (Canadian Infectious Diseases Society)  
 AIDS, Parliamentary Ad Hoc Committee on AIDS, Committee discussions, 12:9-12, 22-3, 25, 27-8
- Coupar, Doug** (International Association of Fire Fighters)  
 Canada Health Act (amdt.)(Bill C-333)(subject-matter), 14:23-4, 29-35
- Curren, Tom** (Library of Parliament Researcher)  
 References, *in camera* meeting, 6:23; 9:63; 10:39; 19:47
- Day care** *see* Child care
- de Burger, Ron** (Canadian Public Health Association)  
 AIDS, Parliamentary Ad Hoc Committee on AIDS, Committee discussions, 13:12-4, 19-20, 26
- Department of National Health and Welfare** *see* National Health and Welfare Department
- Dewetering, June** (Library of Parliament Researcher)  
 References, *in camera* meeting, 5:113
- Dipede, Tony** (Toronto People With AIDS Foundation)  
 AIDS, Parliamentary Ad Hoc Committee on AIDS, Committee discussions, 13:35-7, 50, 52
- Diphtheria** *see* Infectious disease notification, emergency response employees
- Disabled and handicapped** *see* Sports
- Discrimination** *see* AIDS
- Disease** *see* Sexually transmitted diseases; Terminal illness and particular diseases by name
- Doctors**  
 Remote areas, 11:14  
 Surplus, 11:6  
*See also* AIDS—Treatment
- Douglas, Kristen** (Library of Parliament Researcher)  
 References, *in camera* meetings, 3:66, 68
- Drug abuse**  
 Combatting, 8:12, 26-7, 32; 20:7
- Drugs and pharmaceuticals**  
 Costs, 11:10-1  
 Patent legislation, Bill C-91, impact, 20:27-8  
 Testing/approval process, 8:16-7, 30-2; 20:7, 22-4  
*See also* AIDS; Sports; Thalidomide
- Education**  
 Sweden, comparison, 11:19  
*See also* Sex education; Women
- Elder abuse** *see* Reports to House—Seventh
- Employee assistance programs** *see* Infectious disease notification, emergency response employees
- Employment and Immigration Department**  
 Estimates, 1991-1992, main *see* Status of Women Co-ordinator Office  
 Estimates, 1992-1993, main *see* Orders of Reference
- Engineering** *see* Women—Education
- Environment**  
 Health concerns, action plan, 8:12  
 Agriculture, relationship, 8:33
- Epidemics** *see* AIDS
- Ethics** *see* AIDS

- Expert Advisory Committee on HIV Therapies** *see* AIDS
- Fair Play program** *see* Sports
- Family**  
National Health and Welfare Department priority, 8:10
- Family violence**  
Data base, establishing, 2:33  
Family Violence Initiative, funding, 2:33, 44-5  
Panel, establishing, 2:33, 38-9, 43-4  
Programs, 2:40-1; 8:12; 20:7-8  
Shelters, Project Haven, 2:33, 46
- Farlinger, Brian** (AIDS Action Now)  
AIDS, Parliamentary Ad Hoc Committee on AIDS,  
Committee discussions, 12:38-41, 47, 50, 54
- Faulkner, Neil** (National Health and Welfare Department)  
AIDS, national strategy, Committee study, 4:16
- Federal Centre for AIDS** *see* AIDS
- Federal-provincial fiscal arrangements** *see* Health care—  
Funding; Infectious disease notification, emergency  
response employees—National standards
- Federal-provincial relations** *see* AIDS; Health care—Funding—  
Jurisdiction; Infectious disease notification, emergency  
response employees
- Feltham, Louise** (PC—Wild Rose)  
Procedure and Committee business, subcommittee, 3:65  
References, *in camera* meetings, 18:40
- Fire-fighters** *see* Infectious disease notification, emergency  
response employees
- Fisher, Christine** (Committee Clerk)  
References, *in camera* meetings, 3:68
- Fitness**  
Participation rate, "active living" concept, 2:50-2  
*See also* Canada's Fitweek
- Fitness and amateur sport**  
Subcommittee, establishing, 2:13
- Fitness and Amateur Sport Ministry**  
Budget, 2:49-50, 56, 63, 65  
Estimates, 1991-1992, main, 2:49-68  
Role, 11:15  
*See also* National unity; Organizations appearing
- Foetal alcohol syndrome**  
Warning labels, 11:14-5; 20:12-3  
*See also* Reports to House—Fifth
- Food supply**  
International problem, 20:11
- Foster, Kent** (National Health and Welfare Department)  
National Health and Welfare Department estimates,  
1993-1994, main, 20:24
- Friesen, Henry** (National Health and Welfare Department)  
National Health and Welfare Department estimates,  
1993-1994, main, 20:27-9
- Gill, John** (Advisory Committee on AIDS Therapies)  
AIDS, Parliamentary Ad Hoc Committee on AIDS,  
Committee discussions, 12:35-8, 46, 49-55
- Godin, Sigge** (Swedish Parliamentary Standing Committee on  
Social Insurance and Immigration)  
Sweden, health care and social policy issues, Committee  
study, 11:4
- Government contracts** *see* Income security programs
- Government departments** *see* AIDS; Organizations appearing;  
Procedure and Committee business—Research
- Greene, Barbara** (PC—Don Valley North; Parliamentary  
Secretary to the President of the Treasury Board from  
September 1, 1993 to August 31, 1994) (Chairman)  
Abortion, 11:11-2  
AIDS  
National strategy, Committee study, 4:5, 11, 21, 30  
Parliamentary Ad Hoc Committee on AIDS, Committee  
discussions, 13:20, 34  
Blood supply, 12:5-6  
Breast cancer, 11:12  
Canada Assistance Plan, 8:27  
Canada Health Act (amdt.)(Bill C-333)(subject-matter),  
14:20-1, 35-40; 15:13, 15, 27; 17:17-20, 22-4, 28-33  
Chairman, rulings and statements, questioning of witnesses,  
rotation by party, no set procedure, 4:11, sustained on  
appeal, 4  
Child care, 8:28  
Children, 11:15; 20:17-9  
Drugs and pharmaceuticals, 11:10-1; 20:23  
Education, 11:19  
Environment, 8:33  
Fitness and Amateur Sport Ministry, 11:15  
Estimates, 1991-1992, main, 2:57, 59-62, 64  
Foetal alcohol syndrome, 11:15  
Health care, 11:10-1  
Infectious disease notification, emergency response  
employees, 14:20-1; 15:15, 27; 17:17-20, 22-4, 28-33  
Medical devices and implants, 20:23  
National Health and Welfare Department estimates  
1992-1993, main, 8:27-8  
1993-1994, main, 20:17-9, 23-4, 29  
Order in Council appointments, 4:30  
Parliament, 11:13  
Pensions, 11:17-9  
Planned Parenthood Federation of Canada, Committee study,  
7:19-23, 26-7  
Poverty, 17:34-6  
Procedure and Committee business  
Agenda, 8:6  
Agenda and procedure subcommittee, 2:19  
Budget, 2:29-30  
Business meetings, 2:21-2; 12:5-6; 14:6-10; 17:33-6  
Evidence adduced in previous session, M. (Karpoff), 2:9-12  
Government officials, 2:29; 7:26  
Meetings, 2:19, 23-5; 14:9  
Ministers, 2:27-9; 7:26-7; 8:9; 14:39  
Minutes and evidence, 8:34  
Motions, 2:21  
Orders of Reference, 2:17

**Greene, Barbara—Cont.**

Procedure and Committee business—*Cont.*

Organization meeting, 2:7-30

Petitions, 13:34

Proceedings, 12:5

Questioning of witnesses, 2:49, 57-61; 4:11; 8:7-8, 16; 14:10-1; 20:5

Quorum, 2:7-8; 7:5

Research, 14:35-6; 17:34-5

Room, 2:26-7; 12:5

Staff, 7:10; 13:54

Subcommittee, 2:8-9, 13, 19; 3:65-6

Visitors, 8:6

Witnesses, 8:33-4; 12:5; 14:7-8, 10, 35-40

Prostate cancer, 20:29

References

Election as Chairman, 2:7

*In camera* meetings, 3:66-8; 4:3; 5:113; 6:23; 9:63; 10:39; 18:39-40; 19:47; 21:63; *Issue 22, Minutes of Proceedings*

Sexuality Information Resource Centre and Clearinghouse, 7:19-22

Sports injuries, 11:16

Status of Women Co-ordinator Office estimates, 1991-1992, main, 2:33,45, 47, 49

Sweden, health care and social policy issues, Committee study, 11:5-7, 9-13, 15-9

Tobacco, 11:15

Women, 11:12

**Gribble, Marie J. (Canadian Infectious Diseases Society)**

AIDS, Parliamentary Ad Hoc Committee on AIDS, Committee discussions, 12:10, 26

**Guarnieri, Albina (L—Mississauga East)**

References, *in camera* meetings, *Issue 22, Minutes of Proceedings*

**Gustafsson, Nils-Olof (Swedish Parliamentary Standing Committee on Social Insurance and Immigration)**

Sweden, health care and social policy issues, Committee study, 11:4

**Halliday, Bruce (PC—Oxford)**

AIDS, Parliamentary Ad Hoc Committee on AIDS, Committee discussions, 12:27-8, 30, 46-8, 55; 13:24, 50-1

References, *in camera* meetings, 19:47

**Hankins, Catherine (Canadian Association for HIV Research)**

AIDS, Parliamentary Ad Hoc Committee on AIDS, Committee discussions, 12:12-7, 20-1, 23-4, 26-7, 30-1

**Harder, Sandra (Library of Parliament Researcher)**

References, *in camera* meetings, 9:63; 10:39

**Harvey, André (PC—Chicoutimi; Parliamentary Secretary to Prime Minister from March 11, 1993 to September 1, 1993; Parliamentary Secretary to Minister of Indian Affairs and Northern Development from September 1, 1993 to August 31, 1994)**

National Health and Welfare Department estimates, 1993-1994, main, 20:19-21

**Health**

Individual responsibility, 20:6, 19

**Health—Cont.**

Promotion, Healthy Canada program, 20:6

Advertising costs, 20:16-7, 19

Regulation, review, 20:7

*See also* AIDS—Treatment; Environment

**Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women Standing Committee *see* Committee**

**Health care**

Community-based care, 11:6

Cost-savings

Computerized inventory control, 8:25-6

Health promotion, relationship, 20:20

Fees, Sweden, comparison, 11:8-9

Federal-provincial jurisdiction, 11:6

Funding

Federal-provincial co-operation, 8:12-3, 23-4; 20:19

Transfer payments, 20:24-6

United States, comparison, 8:23-4

*See also* Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women Standing Committee (reconstituted)(3rd Sess. 34th Parl.)—Reports to House; Terminal illness

Premiums, 8:29-30

Prevention, 11:6, 14-5

Priorities, 11:6-7, 15-7

Private coverage, percentage, 11:9-11

Services, restricting, 11:16-7

Britain, comparison, 11:8

Universality, status, 4:12; 11:8

User fees, 8:20, 29-32

*See also* Aboriginal people; Children; Medical technology; Senior Citizens Health Issues Subcommittee; Sports injuries; Sweden

**Health care workers *see* AIDS—Public education—Victims; Infectious disease notification, emergency response employees**

**Health issues subcommittee**

Establishment, 3:67

**Heap, Dan (NDP—Trinity—Spadina)**

Canada Health Act (amdt.)(Bill C-333)(subject-matter), 16:8-11, 18-9

**Heister, Chris (Swedish Parliamentary Standing Committee on Social Insurance and Immigration)**

Sweden, health care and social policy issues, Committee study, 11:4

**Hellard, Wayne (Community AIDS Treatment Information Exchange)**

AIDS, Parliamentary Ad Hoc Committee on AIDS, Committee discussions, 13:41-5, 50, 52

**Helmer, Siv (Swedish Parliamentary Standing Committee on Social Insurance and Immigration)**

Sweden, health care and social policy issues, Committee study, 11:5

**Hepatitis B vaccine**

Committee examination proposal, 2:17-20

*See also* Reports to House—Third



**High-performance athletes**

Funding, means test proposal, 2:67-8

**Homosexuals** *see* Aboriginal people; AIDS—Victims**Hospitals** *see* Infectious disease notification, emergency response employees**Housing** *see* Poverty**Huband, Mary** (Planned Parenthood Federation of Canada)

Planned Parenthood Federation of Canada, Committee study, 7:20

**Human rights** *see* Athletes' rights**Immigrants** *see* AIDS**Immunization** *see* Infectious disease notification, emergency response employees**Imrie, Robert** (Joint National Committee on Aboriginal AIDS Education and Prevention)

AIDS, Parliamentary Ad Hoc Committee on AIDS, Committee discussions, 13:15-9, 23-5, 29

**In camera meetings** *see* Procedure and Committee business**Income security programs**

Redesign, awarding of contracts, 20:7, 23

**Income tax** *see* Child care**Infectious disease notification, emergency response employees**

Access to information issues, 15:7-9; 17:26-7, 29-31

Appeal procedures, 15:8

Biological monitoring, 17:25

Biomedical sharps, Canadian Union of Public Employees legal appeal, 17:25-8

Blood supply, HIV contamination, tracking process, comparison, 14:20

Bouchard, B., position, 14:13-4, 38

Canada Health Act, relationship, 14:21; 17:6

Canadian Medical Association position, 15:17-23

Canadian Nurses Association position, 16:4-8, 13-4

Canadian Police Association position, 14:15; 15:4

Canadian Union of Public Employees position, 17:33

*See also* Infectious disease notification, emergency response employees—Biomedical sharps

Committee, role, 17:17-8

Designated officer proposal, 14:27; 16:8-10; 17:10

Diagnostic methods, adequacy, 14:14

Diphtheria case, comparison, 14:19

Education, importance, 15:5; 16:6, 11-4; 17:24, 27

Employee assistance programs, 16:8

Enforcement, 15:6, 10

Ethylene oxide, example, 17:29-30

Existing structure, adequacy, 15:21-3; 17:6-7

Exposure

Definition, 14:28; 17:8-9

National surveillance program, establishing, 17:19

Risks, 15:17, 22, 26-8; 17:6-10, 15-6, 25

Testing, 14:27; 15:10-2, 19-20, 24-8; 16:7-11

Federal-provincial jurisdiction, 14:6, 13-5, 21, 29-30, 38; 15:6-8, 16; 16:4-5, 12, 19

Fire-fighters, risk, 14:23-7; 15:26-7; 16:9, 18; 17:13, 33

Volunteer fire-fighters, 14:32-3; 17:18

Forensic samples, handling, 15:5

**Infectious disease notification, emergency...—Cont.**

Health care workers, definition, 17:2-3

Hospital boards, role, 14:17-8, 26

Immunization, relationship, 17:7-8, 11, 15

International Association of Fire Fighters position, 14:12, 23, 34; 18:40

Laboratory Centre for Disease Control, role, 17:6-7, 19

Legislation, Bill C-333, 17:6

*See also* Canada Health Act (amdt.)(Bill C-333)(subject-matter)

List of infectious diseases, 14:28, 32

Medical officers of health, role, 15:11, 23-4, 27; 16:16

"Medical services", definition, 14:22-3

Members of Parliament position, 14:12

National Federation of Nurses' Unions position, 16:11

National Health and Welfare Department

Consensus conferences, consensus statement, 17:5, 15, 19-21, 23-4

*See also* Infectious disease notification, emergency response employees—Notification protocol/procedures

National standards, use of federal spending powers to ensure, 14:13, 16

Network, establishing, 14:6; 16:8-9; 17:25

Notification protocol/procedures, 14:15-6, 27, 29; 16:14-6, 19-20; 17:8-15, 21-3, 25, 28-31

National Health and Welfare Department position, 17:12

Sexual partners of emergency workers, 17:21

Nurses, risk, 14:27, 33; 16:5-6

Off-duty emergency personnel, "good Samaritans", including, 14:30, 33; 15:7

Other occupations, including, 14:18-20, 34-5

Paramedics, risk, 15:24-5; 17:7, 12-3

Police, risks, 15:4-5, 22

Prevention, 4:32; 16:5-11, 20; 17:15-6, 25-8

Privacy/confidentiality issues, 14:6-7, 13-6, 27; 15:5-6, 8, 12, 18, 24; 16:6-8, 10, 16-8; 17:14

Provinces, procedures, 15:9-15; 17:10, 12, 16-7, 19-21, 24, 28

Public health services, role, 14:20; 15:28

Purpose, 14:12-5

Records, availability, 14:19-20

Statistics, 15:15

Task force proposal, 16:19

United States legislation, comparison, 14:9, 15, 24-5, 30-1; 16:10; 17:25

AIDS legislation, relationship, 14:26, 28, 33

State compliance, 14:29

Victim consent, 14:31-2; 17:10, 14

*See also* Reports to House—Ninth

**Inquiries** *see* Committee studies and inquiries**International Association of Fire Fighters** *see* Infectious disease notification, emergency response employees; Organizations appearing**International relations** *see* South Africa; Sports**Inuit** *see* AIDS—Victims**Israelsson, Karin** (Swedish Parliamentary Standing Committee on Social Insurance and Immigration)

Sweden, health care and social policy issues, Committee study, 11:4, 14, 17-9



**Israelsson, Margareta** (Swedish Parliamentary Standing Committee on Social Insurance and Immigration)  
Sweden, health care and social policy issues, Committee study, 11:5

**James, Ken** (PC—Sarnia—Lambton; Parliamentary Secretary to Minister of Labour from May 8, 1991 to March 11, 1993; Parliamentary Secretary to Secretary of State for External Affairs from March 11, 1993 to August 31, 1994)  
References, *in camera* meetings, 5:113

**Jansson, Arne** (Swedish Parliamentary Standing Committee on Social Insurance and Immigration)  
Sweden, health care and social policy issues, Committee study, 11:5

**Johnson, Bonnie** (Planned Parenthood Federation of Canada)  
Planned Parenthood Federation of Canada, Committee study, 7:4, 7-11, 13-21, 23-5

**Joint National Committee on Aboriginal AIDS Education and Prevention**  
Background, 13:15  
*See also* Organizations appearing

**Joncas, Jean-Luc** (PC—Matapédia—Matane) (Vice-Chairman)  
AIDS, national strategy, Committee study, 4:18  
Fitness and Amateur Sport Ministry estimates, 1991-1992, main, 2:58  
Procedure and Committee business, business meetings, 15:9; 17:34  
References  
Election as Vice-Chairman, 4:3  
*In camera* meetings, 3:67-8; 4:3; 5:113; 6:23; 18:39-40; *Issue* 22, *Minutes of Proceedings*  
Sweden, health care and social policy issues, Committee study, 11:5

**Justice**  
Women  
Kowdluk case, 2:47  
Studies, conferences, 2:35-6

**Karpoff, Jim** (NDP—Surrey North)  
Abortion, 11:11-2  
AIDS, national strategy, Committee study, 4:5  
Breast cancer, 11:20  
Breast feeding/infant formula, 2:19-20  
Canada Assistance Plan, 8:17-8, 28-9  
Canada Health Act (amdt.)(Bill C-333)(subject-matter), 14:11, 18  
Children, 8:32  
Doctors, 11:6  
Drug abuse, 8:32  
Drugs and pharmaceuticals, 11:10  
Education, 11:19  
Health care, 8:32; 11:6-7, 10, 17  
Hepatitis B vaccine, 2:17  
Infectious disease notification, emergency response employees, 14:18  
Medical devices and implants, 2:20  
National Health and Welfare Department estimates, 1992-1993, main, 8:6-9, 16-9, 24, 28-9, 32-3  
Parliament, 11:13  
Pensions, 11:18-9

**Karpoff, Jim—Cont.**

Procedure and Committee business  
Agenda and procedure subcommittee, 2:18, 22  
Business meeting, 2:21  
Evidence adduced in previous session, M., 2:9-12  
Meetings, 2:23-6  
Ministers, 2:25; 4:5; 8:8-9, 32-3  
Orders of Reference, M., 2:17-20  
Organization meeting, 2:8-13, 17-27  
Printing, M., 11:20  
Questioning of witnesses, 8:8, 16; 14:11  
Quorum, M., 2:8  
Room, 2:26-7  
Subcommittee, 2:13; 3:66  
Witnesses, 8:33  
References, *in camera* meetings, 3:66-8; 4:3; 5:113; 6:23; 19:47  
Sweden, health care and social policy issues, Committee study, 11:5-6, 10-4, 17-20

**Kempling, William James** (PC—Burlington; Parliamentary Secretary to President of the Treasury Board and Minister of State (Finance) from May 8, 1991 to September 1, 1993)  
Sweden, health care and social policy issues, Committee study, 11:5, 8, 12-3, 16-8

**Kilger, Bob** (L—Stormont—Dundas)  
Fitness and Amateur Sport Ministry estimates, 1991-1992, main, 2:59-60, 67-8  
Procedure and Committee business, questioning of witnesses, 2:59-60

**Kingston, James M.** (Canadian Police Association)  
Canada Health Act (amdt.)(Bill C-333)(subject-matter), 15:4, 11, 14-5

**Kowdluk, Kitty** *see* Justice

**Kristiansen, Lyle** (NDP—Kootenay West—Revelstoke)  
Canada Health Act (amdt.)(Bill C-333)(subject-matter), 15:11-3, 24-6

**Laboratory Centre for Disease Control** *see* Infectious disease notification, emergency response employees

**Landerholm, Margareta** (Swedish Parliamentary Standing Committee on Social Insurance and Immigration)  
Sweden, health care and social policy issues, Committee study, 11:5

**Langan, Joy** (NDP—Mission—Coquitlam)  
Canada Health Act (amdt.)(Bill C-333)(subject-matter), 14:12-23, 32-5, 37-40; 17:12-5, 18-24, 26-8, 30-3  
Infectious disease notification, emergency response employees, 14:12-23, 32-5, 37-40; 17:12-5, 18-24, 26-8, 30-3  
Procedure and Committee business  
Ministers, 14:40  
Research, 14:35  
Witnesses, 14:37-9  
References, *in camera* meetings, 18:39

**Latvia** *see* Committee—Visitors

**Lindblad, Gullan** (Swedish Parliamentary Standing Committee on Social Insurance and Immigration)  
Sweden, health care and social policy issues, Committee study, 11:4, 6-9, 11, 13, 15, 17, 20

- Liston, Bert** (National Health and Welfare Department)  
AIDS, national strategy, Committee study, 4:13, 20-2, 25
- Lithuania** *see* Committee—Visitors
- Lucock, Carole** (Canadian Medical Association)  
Canada Health Act (amdt.)(Bill C-333)(subject-matter), 15:16
- MacAulay, Lawrence** (L—Cardigan)  
References, *in camera* meetings, 4:3; 21:63
- MacDonald, Hon. David** (PC—Rosedale)  
AIDS, Parliamentary Ad Hoc Committee on AIDS,  
Committee discussions, 12:6; 13:27-8
- Madore, Odette** (Library of Parliament Researcher)  
References, *in camera* meetings, 3:67-8; 6:23; 9:63; 10:39;  
18:39-40; 19:47; 21:63; *Issue 22, Minutes of Proceedings*
- Maheu, Shirley** (L—Saint-Laurent—Cartierville)  
References, *in camera* meetings, 9:63; 10:39
- Majeau, Louis** *see* Committee—Staff
- Makosky, Lyle** (Fitness and Amateur Sport Ministry)  
Fitness and Amateur Sport Ministry estimates, 1991-1992,  
main, 2:66
- Marin, Charles-Eugène** (PC—Gaspé)  
AIDS, Parliamentary Ad Hoc Committee on AIDS,  
Committee discussions, 12:25
- Marquardt, Orval** (National Health and Welfare Department)  
National Health and Welfare Department estimates,  
1993-1994, main, 20:15-6
- Means tests** *see* High-performance athletes
- Medical devices and implants**  
Committee examination proposal, 2:20  
Evaluation process, review, 20:7, 23-4  
*See also* Breast implants
- Medical officers of health** *see* Infectious disease notification,  
emergency response employees
- Medical research**  
Funding, Medical Research Council peer review system,  
8:21-2  
Medical Research Council, role, 20:6, 26-7  
*See also* AIDS; Breast cancer
- Medical Research Council** *see* Medical research
- Medical technology**  
Costs, 11:7-8  
Use, efficiency, 20:20
- Medical workers** *see* Health care workers
- Members of Parliament** *see* Infectious disease notification,  
emergency response employees
- Miller Chenier, Nancy** (Library of Parliament Researcher)  
References, *in camera* meetings, 21:63
- Mitchell, Margaret Anne** (NDP—Vancouver East)  
Procedure and Committee business, business meetings, 14:7-9
- Montreal General Hospital, Clinical Research and Immunology Department** *see* Organizations appearing
- Morawski, Eugene** (Committee Clerk)  
Procedure and Committee business, business meeting, 14:6-9
- Morrison, Ken** (Canadian AIDS Society)  
AIDS, Parliamentary Ad Hoc Committee on AIDS,  
Committee discussions, 13:8-11, 24, 27
- Naegel, Barbara** (National Health and Welfare Department)  
AIDS, national strategy, Committee study, 4:17, 21
- National Advisory Council on Aging** *see* National Council of Welfare
- National Council of Welfare**  
National Advisory Council on Aging, merger, 20:12
- National Council of Women**  
Staff, lay-offs, 2:42-3
- National Federation of Nurses' Unions** *see* Infectious disease notification, emergency response employees
- National Health and Welfare Department**  
Administration, size, costs, 20:14-7, 21  
Children's Bureau, 20:29  
Estimates  
1991-1992, main *see* Fitness and Amateur Sport Ministry  
1992-1993, main, 8:6-34  
1993-1994, main, 20:5-29  
*See also* Orders of Reference  
Expenditures, 8:10; 20:6, 20-1  
Health Protection Branch, 20:22-3  
*See also* Laboratory Centre for Disease Control  
Programs, activities, 20:5  
*See also* Family; Infectious disease notification, emergency response employees; Organizations appearing
- National Revenue Department** *see* Poverty—Information
- National unity**  
Fitness and Amateur Sport Ministry, role, 2:56, 60-1
- Native people** *see* Aboriginal people
- Nesbitt, Fred** (International Association of Fire Fighters)  
Canada Health Act (amdt.)(Bill C-333)(subject-matter),  
14:25-33
- Newark, Scott** (Canadian Police Association)  
Canada Health Act (amdt.)(Bill C-333)(subject-matter),  
15:4-15
- Newfoundland** *see* AIDS—Progression—Socio-economic aspects
- Newfoundland and Labrador AIDS Committee** *see* Organizations appearing
- Nicholson, Hon. Robert Douglas** (PC—Niagara Falls;  
Parliamentary Secretary to Minister of Justice and Attorney General of Canada from May 8, 1991 to May 7, 1993;  
Parliamentary Secretary to Minister of Justice and Attorney General of Canada and Minister of State (Agriculture) from May 8, 1993 to June 25, 1993; Minister for Science and Minister Responsible for Small Businesses from June 25, 1993)  
Canada Health Act (amdt.)(Bill C-333)(subject-matter), 16:14

- Nilsson, Borje** (Swedish Parliamentary Standing Committee on Social Insurance and Immigration)  
Sweden, health care and social policy issues, Committee study, 11:5
- Noreau, Jean-Jacques** (National Health and Welfare Department)  
National Health and Welfare Department estimates, 1993-1994, main, 20:14-7, 21, 23-7
- Nurses** *see* Infectious disease notification, emergency response employees
- Nutrition**  
Canada Food Guide, importance, 20:6
- Occupational health and safety** *see* Infectious disease notification, emergency response employees
- Ogston, Don** (National Health and Welfare Department)  
National Health and Welfare Department estimates, 1993-1994, main, 20:17-9
- Order in Council appointments**  
Committee approval, 4:30
- Orders of Reference**  
Canada Health Act (amdt.)(Bill C-333)(subject-matter), 14:3  
Committee membership, 2:3  
Employment and Immigration Department estimates, 1992-1993, main, 8:3  
National Health and Welfare Department estimates  
1992-1993, main, 8:3  
1993-1994, main, 20:3  
Western Economic Diversification estimates, 1993-1994, main, 20:3  
*See also* Committee studies and inquiries
- Organization meeting** *see* Procedure and Committee business
- Organizations appearing**  
Advisory Committee on AIDS Therapies, 12:35-8, 46, 49-55  
AIDS Action Now, 12:17-20, 24, 30-1, 38-41, 47, 50, 54  
BC Centre for Excellence in HIV AIDS, 12:31-5, 46-7, 49-50, 52, 55-6  
Canadian AIDS Society, 12:41-5, 47-8, 53-4; 13:8-11, 24, 27, 31-4, 52-4  
Canadian Association for HIV Research, 12:12-7, 20-1, 23-4, 26-7, 30-1  
Canadian HIV Trials Network, 12:7-9, 21, 24, 28-30  
Canadian Infectious Diseases Society, 12:9-12, 22-3, 25-8  
Canadian Medical Association, 15:16-28  
Canadian Nurses Association, 16:4-8, 10-20  
Canadian Police Association, 15:4-15  
Canadian Public Health Association, 13:12-5, 19-20, 22-3, 26-7, 31  
Canadian Union of Public Employees, 17:24-33  
Community AIDS Treatment Information Exchange, 13:41-5, 50, 52  
Fitness and Amateur Sport Ministry, 2:66  
International Association of Fire Fighters, 14:23-35  
Joint National Committee on Aboriginal AIDS Education and Prevention, 13:15-9, 23-5, 29  
Montreal General Hospital, Clinical Research and Immunology Department, 13:4-8, 20-2, 26-30
- Organizations appearing—Cont.**  
National Health and Welfare Department, 4:13, 15-7, 20-2, 25-7, 29-30; 8:10-32; 17:5-24; 20:5-29  
Newfoundland and Labrador AIDS Committee, 13:45-8  
Planned Parenthood Federation of Canada, 7:4-25  
Status of Women Co-ordinator Office, 2:38  
Swedish Parliamentary Standing Committee on Social Insurance and Immigration, 11:4-9, 11, 13-20  
Toronto People With AIDS Foundation, 13:35-7, 50, 52  
Vancouver Persons With AIDS Society, 13:37-40, 50-1, 53  
*See also individual witnesses by surname*
- O'Shaughnessy, Michael V.** (National Health and Welfare Department; BC Centre for Excellence in HIV AIDS)  
AIDS, national strategy, Committee study, 4:26-7, 30  
AIDS, Parliamentary Ad Hoc Committee on AIDS, Committee discussions, 12:31-5, 46-7, 49-50, 52, 55-6
- Pagtakhan, Rey** (L—Winnipeg North) (Vice-Chairman)  
AIDS, 8:14-5; 12:20-1, 29-30, 46, 52-6  
National strategy, Committee study, 4:11-2, 19-21, 25, 29-30  
Parliamentary Ad Hoc Committee on AIDS, Committee discussions, 12:20-1, 29-30, 46, 52-6; 13:19-21, 29-31, 51  
Blood supply, 12:5  
Breast cancer, 8:14-5  
Canada Health Act (amdt.)(Bill C-333)(subject-matter), 14:10-1, 15-6, 22-3, 30-2, 34-6, 38-40; 16:15-20  
Canadian Anti-Doping Organization, 2:67  
Canadian Blood Agency, 20:21  
Child poverty, 8:13, 30  
Children, 8:14  
Drugs and pharmaceuticals, 8:16, 30; 20:22, 28  
Fitness and Amateur Sport Ministry estimates, 1991-1992, main, 2:56-7, 60-1, 64, 66-8  
Health, 20:16-7  
Health care, 4:12; 8:29-30  
Income security programs, 20:23  
Infectious disease notification, emergency response employees, 14:15-6, 22-3, 30-2, 34-5, 38; 16:15-20  
National Health and Welfare Department estimates  
1992-1993, main, 8:6-7, 13-6, 29-30, 32  
1993-1994, main, 20:15-6, 21-3, 28-9  
Planned Parenthood Federation of Canada, Committee study, 7:10, 25-7  
Poverty, 17:34-6  
Procedure and Committee business  
Agenda and procedure subcommittee, 2:22  
Business meetings, 12:5; 17:34-6  
Chairman, 2:7, 68  
Documents, M., 14:23  
Evidence adduced in previous session, M. (Karpoff), 2:9-11  
Meetings, 2:23-6  
Ministers, 2:27-8; 7:26-7; 14:39-40  
Motions, 2:21  
Organization meeting, 2:7, 9-16, 21-9  
Questioning of witnesses, 2:45, 49, 56-7; 4:11; 8:6-7; 14:10-1  
Research, 14:36; 17:34-5  
Witnesses, 2:14-6; 14:36, 38-9
- References**  
Election as Vice-Chairman, 2:7  
*In camera* meetings, 4:3; 6:23; 18:39; 19:47



- Pagtakhan, Rey—Cont.**  
 References—Cont.  
 Vice-Chairman, taking Chair, 16:4  
 Sexuality Information Resource Centre and Clearinghouse, 7:10, 25  
 Sexually transmitted diseases, 7:25-6  
 Status of Women Co-ordinator Office estimates, 1991-1992, main, 2:45, 49
- Paramedics** *see* Infectious disease notification, emergency response employees
- Parliament**  
 Women, representation, Sweden, comparison, 11:13  
*See also* AIDS—National strategy; Child poverty
- Parliamentary Ad Hoc Committee on AIDS**  
 Background, 12:6-56  
*See also* AIDS
- Patents** *see* AIDS—Drugs; Drugs and pharmaceuticals
- Paton, Shirley** (National Health and Welfare Department)  
 Canada Health Act (amdt.)(Bill C-333)(subject-matter), 17:6-23
- Peer review** *see* Medical research
- Penitentiaries** *see* AIDS—Prevention; Prison for Women
- Pensions**  
 Survivor benefits, credit-splitting, 11:17-9
- Pesticides**  
 Testing/approval process, Ronlin DF, 20:14
- Petitions** *see* AIDS—Public education
- Phillips, Gillian** (Planned Parenthood Federation of Canada)  
 Planned Parenthood Federation of Canada, Committee study, 7:6-7, 14-6, 21-3
- Phinney, Beth** (L—Hamilton Mountain)  
 Procedure and Committee business, organization meeting, 2:8-9, 18, 28
- Planned Parenthood Federation of Canada**  
 Background, 7:4-5  
 Committee study, 7:4-27  
 Funding, 2:42  
 Committee endorsement, 6:24, negated on show of hands  
*See also* Committee—Witnesses; Organizations appearing; Sexuality Information Resource Centre and Clearinghouse
- Police** *see* Infectious disease notification, emergency response employees
- Pornography**  
 Legislation, 8:20
- Pouliot, François** (National Health and Welfare Department)  
 AIDS, national strategy, Committee study, 4:15, 29
- Poverty**  
 Committee examination proposal, 6:24  
 Definition, 20:10  
 Housing, relationship, 20:11  
 Information, National Revenue Department data, requesting, 17:34-6
- Poverty—Cont.**  
 Policies, 20:10-1  
 Subcommittee, establishing, 2:8-9  
 Winnipeg North Centre constituency, 8:22  
*See also* Child poverty; Reports to House—Second
- Pregnancy**  
 Adolescent rates, other countries, comparison, 7:18-9
- Pressault, Carole** (Canadian Nurses Association)  
 Canada Health Act (amdt.)(Bill C-333)(subject-matter), 16:4-5, 13-4
- Prison for Women**  
 Closure, replaced by regional centres, 2:35, 46
- Privacy** *see* Infectious disease notification, emergency response employees
- Private sector** *see* AIDS—Funding; Canada's Fitweek; Health care; Sexuality Information Resource Centre and Clearinghouse
- Procedure and Committee business**  
 Acting Chairman, taking Chair, 5:113, agreed to  
 Agenda, amending, 8:6  
 Agenda and procedure subcommittee, establishing, 2:18-9, 22  
 Budget, 2:29-30  
 Business meetings, 2:21-3, agreed to, 5; 12:5-6; 14:6-10; 17:33-6  
 Chair, casting vote, 6:24  
 Chairman  
 Criticism, 2:68  
 Election, M. (Sparrow), 2:7, agreed to, 4  
 Debate, emergency, 6:24, negated  
 M. to stand, 6:24, negated  
 Documents, appending to minutes and evidence, M. (Pagtakhan), 14:23, agreed to, 5  
 Estimates, questioning of Minister, time limit, M. (Anderson), 14:10, agreed to, 5  
 Evidence adduced in previous session, referred to ongoing committee, M. (Karpoff), 2:9-12, agreed to, 5  
 Government officials, meeting, 2:29, agreed to, 5; 7:26  
*In camera* meetings, 3:67-9; 4:3; 5:113-4; 6:23-4; 9:63; 10:39; 18:39-40; 19:47-8; *Issue 22, Minutes of Proceedings*  
 Meetings  
 Public, 6:24, agreed to  
 Scheduling, 12:5, agreed to, 3; 14:9  
 Fixed schedule, 2:19, 23-6, agreed to, 5  
 M. (Anderson), 14:10-1, agreed to, 4  
 Working lunches, 19:47, agreed to  
 Members, introductions, 11:5  
 Ministers  
 Appearing before Committee, 2:25, 27-9; 4:3, agreed to; 4:5; as amended, 6:23-4, agreed to on division; 7:26-7  
 Amdt., 6:23, agreed to on division  
 M. (Sparrow), 2:5, negated on division  
 M. (Karpoff), 8:8-9, stood, 4; 8:32-3, withdrawn, 4  
 Inviting, 14:39-40, agreed to, 5  
 Minutes and evidence  
 Circulating to additional committee, 8:33-4  
 No issue 1  
 Motions, motion to table non-debatable, 2:21



**Procedure and Committee business—Cont.**

- Order in Council appointments, Committee approval, 4:30, agreed to, 4
- Orders of Reference, adopting, 6:24, agreed to on casting vote of Chairman
  - M. (Karpoff), 2:17-20, agreed to, 5
- Organization meeting, 2:7-30
- Petitions, displaying in Hall of Honour, 13:34, agreed to, 3
- Printing
  - Minutes and evidence, M. (Wilbee), 2:7, agreed to, 4
- Report to House
  - M. (Karpoff), 3:68, agreed to
  - 2,000 copies, in tumble bilingual format, with a distinctive cover, 18:40, agreed to
  - 5,000 copies, in tumble bilingual format, with a distinctive cover, 5:113, agreed to; 9:63, agreed to
  - 3,000 copies, in tumble bilingual format, with a distinctive cover, 6:23, agreed to; 10:39, agreed to; 19:47, agreed to; *Issue 22, Minutes of Proceedings*, agreed to by show of hands
  - 4,000 copies, in tumble bilingual format, with a distinctive cover, 21:63, agreed to
- Reprint, 2,000 additional copies, M. (Karpoff), 11:20, agreed to, 3
- Proceedings, broadcasting, television, room, scheduling, 12:5, agreed to, 3
- Prorogation, impact, 14:38
- Questioning of witnesses
  - Non-Members, 2:45
  - Rotation by party, 2:56-8
    - M. (Pagtakhan), 4:11
  - Time limit, 2:59-61; 3:67, stood; 8:16; 20:5
    - M. (Pagtakhan), 8:6-8, agreed to, 4
    - M. (Anderson), 14:10-1, agreed to, 4
- Written questions, 2:49
- Quorum, meeting and receiving/printing evidence without, 7:5-6
  - M. (Karpoff), 2:7-8, agreed to, 4
  - M. (Anderson), 14:10, agreed to, 5
- Reports to Committee
  - Chairman presenting to House, 5:113, agreed to on division; 6:23, agreed to; 9:63; agreed to, 10:39, agreed to; 21:63, agreed to; *Issue 22, Minutes of Proceedings*, agreed to by show of hands
    - M. (Sparrow), 3:68, agreed to
  - Consideration, 6:24, agreed to; 21:63
- Draft
  - Adopting, 3:66, agreed to
  - Consideration, 3:65-6, 68
- Reports to House
  - Chairman presenting to House, 5:113, negated on division; 5:114, agreed to; 19:47, agreed to
  - Document, appending, 18:40, agreed to
  - Draft, as amended, 18:40, agreed to
    - Editorial and typographical changes, Chairman authorized to make, 18:40, agreed to
  - French editor, retaining, 9:63, agreed to
  - Government response, requesting, 5:113, agreed to; 6:23, agreed to; 9:63, agreed to; 10:39, agreed to; 18:40, agreed to; 19:47, agreed to; 21:63, agreed to; *Issue 22, Minutes of Proceedings*, agreed to by show of hands
    - M. (Karpoff), 3:69, agreed to

**Procedure and Committee business—Cont.**

- Reports to House—Cont.
  - Government response, requesting—Cont.
    - Within 30 days, 19:47, agreed to
  - Referral back to Subcommittee, 5:113, not in order
  - Title, 18:40, agreed to
- Reprint, *Issue 17*
- Research, requesting, 14:35-6, agreed to, 5
  - Government Department data, M. (Joncas), 17:34, agreed to, 4
- Room
  - Availability, 2:26-7
  - Booking, standing committee sponsorship necessary, 12:5
  - Slide presentation, 12:35; 13:4
- Staff
  - Commendation, 13:54
  - Hiring, 7:10, agreed to, 3
- Researchers
  - Hiring, M. (Sparrow), 2:13-4, agreed to, 5
  - Travel expenses, Committee paying, 19:47-8, agreed to on casting vote of Chairman
- Steering committee *see* Procedure and Committee business—Agenda and procedure Subcommittee
- Subcommittee
  - Chairman, election, M. (Clancy), 3:65, agreed to
  - Establishing, 2:19
    - M. (Wilbee), 3:67, agreed to
    - M. (Pagtakhan), 2:8-9, agreed to, 4
    - M. (Pagtakhan), 2:12, agreed to, 4
    - M. (Wilbee), 2:13, agreed to, 5
    - M. (Pagtakhan), 4:3, agreed to
  - In camera* meetings, 3:65-6
    - M. (Feltham), 3:65, agreed to
  - Order of Reference, adopting, M. (Black), 3:65, agreed to
  - Organization meeting, 3:65
  - Printing, minutes and evidence, M. (Black), 3:65, agreed to
  - Quorum, meeting and receiving/printing evidence without, M. (Clancy), 3:65, agreed to
- Travel
  - Budget of subcommittee, as amended, 6:23, agreed to; 17:33-4, agreed to, 3
    - Amdt., 6:23, agreed to
  - Organizing, contracting services, budget, 17:34, agreed to, 4
- Vice-Chairmen
  - Election
    - M. (Wilbee), 2:7, agreed to, 4
    - M. (Sparrow), 2:7, agreed to, 4
    - M. (Sparrow), 4:3, agreed to
  - Resignation, 4:3
  - Taking Chair, 16:4
- Visitors, foreign parliamentarians, recognizing, 8:6
- Witnesses
  - Appearances, requesting, 8:33-4
  - Child care expenses, Committee paying, 2:16-7, agreed to, 5
  - Expenses, Committee paying, 12:5
    - M. (Sparrow), 2:14-6, agreed to, 5
  - Introductions, 11:4-5
  - Inviting, 6:24, agreed to; 14:35, agreed to, 5
    - M. (Karpoff), 8:33, negated on division, 4-5

**Procedure and Committee business—Cont.****Witnesses—Cont.**

Lists, Clerk preparing, 14:7-8, 10, 36-41

Presentations, time limit, 14:8-9

**Project Haven** *see* Family violence—Shelters**Prostate cancer**

Treatment, 20:29

**Provinces** *see* Infectious disease notification, emergency response employees; Sexuality Information Resource Centre and Clearinghouse—Funding**Public advocacy groups**

Funding, cutbacks, 2:41-3

**Public health services** *see* Infectious disease notification, emergency response employees**Redway, Hon. Alan** (PC—Don Valley East) (Acting Chairman)**References**

Acting Chairman, taking Chair, 5:113

*In camera* meetings, 5:113; *Issue 22, Minutes of Proceedings*

**Regulation** *see* AIDS—Drugs; Health**Reid, Hon. Ian Angus Ross** (PC—St. John's East; Parliamentary Secretary to Minister of Indian Affairs and Northern Development from May 8, 1991 to June 25, 1993; Minister of Fisheries and Oceans and Minister for the Atlantic Canada Opportunities Agency from June 25, 1993)

AIDS, Parliamentary Ad Hoc Committee on AIDS, Committee discussions, 12:50-2; 13:29, 47-8, 53

**Reports to House**

First, Status of Women Subcommittee, *The War Against Women*, 3:1-63

Second, *Canada's Children: Investing in our Future*, 5:3-111

Third, Hepatitis B, 6:ix-21

Fourth, *Breast Cancer: Unanswered Questions*, 9:1-63

Fifth, *Foetal Alcohol Syndrome: A Preventable Tragedy*, 10:1-39

Sixth, *Tragedy and Challenge: Canada's Blood System and HIV*, 19:1-45

Seventh, *Breaking the Silence on the Abuse of Older Canadians: Everyone's Concern*, 21:1-61

Eighth, *Towards 2000: Eliminating Child Poverty*, 22:1-95

Ninth, *Disclosure of Information to Emergency Response Personnel*, 18:1-37

**Reprint** *see* Procedure and Committee business**Reproductive technology**

Committee examination proposal, 6:24

*See also* Royal Commission on New Reproductive Technologies

**Research** *see* Medical research**Reynolds, Barbara** *see* Committee—Staff**Robinson, Svend J.** (NDP—Burnaby—Kingsway)

AIDS, Parliamentary Ad Hoc Committee on AIDS, Committee discussions, 13:48-9, 52-3

**Royal Commission on New Reproductive Technologies** *see* Birth control**Ruedy, John** (Canadian HIV Trials Network)

AIDS, Parliamentary Ad Hoc Committee on AIDS, Committee discussions, 12:7-9, 21, 24, 28-30

**Sabeau, Chris** (Vancouver Persons With AIDS Society)

AIDS, Parliamentary Ad Hoc Committee on AIDS, Committee discussions, 13:37-40, 50-1, 53

**Science** *see* Women—Education**Senior Citizens Health Issues Subcommittee**

Establishing, 4:3

Travel, Washington, D.C., 17:33-4

*See also* Reports to House—Seventh

**Serson, Scott** (National Health and Welfare Department)

National Health and Welfare Department estimates, 1993-1994, main, 20:13

**Sex education**

Effectiveness, 7:18-9

Parents' attitude, 7:13-4

School programs, 7:13-4

Video, 7:23

**Sexuality Information Resource Centre and Clearinghouse**

Background, Planned Parenthood Federation of Canada, relationship, 7:5

Duplication, avoiding, 7:6, 22-3, 25

Feasibility study, 7:6-7

Funding, 7:8-11, 14-6, 26

Private sector, 7:8-9, 19-22

Provincial funding, 7:11

Role, 7:6-7

*See also* Sexually transmitted diseases

**Sexually transmitted diseases**

Prevention, Sexuality Information Resource Centre and Clearinghouse, role, 7:11-3, 23-6

Treatment, costs, 7:9, 16

**Shiario, Bud** (Canadian Union of Public Employees)

Canada Health Act (amdt.)(Bill C-333)(subject-matter), 17:24-33

**Skelly, Raymond** (NDP—North Island—Powell River)

References, *in camera* meetings, 18:40

**Social programs**

Review, integration, 20:8-9

*See also* AIDS—Treatment; Canada Assistance Plan; Child Tax Benefit program; Sweden

**Social protest** *see* Abortion**South Africa**

Sporting contacts, policy, 2:62

**Sparrow, Hon. Barbara Jane** (PC—Calgary Southwest;

Parliamentary Secretary to Minister of National Health and Welfare from May 8, 1991 to June 25, 1993; (Minister Designate of Natural Resources) Minister of Energy, Mines and Resources and Minister of Forestry from June 25, 1993) (Vice-Chairman)

**AIDS**

National strategy, Committee study, 4:16-7, 24, 29

Parliamentary Ad Hoc Committee on AIDS, Committee discussions, 12:20, 22-3; 13:21-2

**Sparrow, Hon. Barbara Jane—Cont.**

Canada Health Act (amdt.)(Bill C-333)(subject-matter), 14:6, 11, 16-8, 21; 15:13-5, 20-3; 16:11-5, 19

Drug abuse, 8:26

Family violence, 2:44-5

Health care, 8:25-6

Hepatitis B vaccine, 2:18

Infectious disease notification, emergency response employees, 14:6, 17-8; 15:13-5, 21-3; 16:12-5

National Health and Welfare Department estimates, 1992-1993, main, 8:9, 16, 25-6, 32-3

Planned Parenthood Federation of Canada, Committee study, 7:5, 10-3, 15, 18-9

Procedure and Committee business

Budget, 2:29-30

Business meetings, 14:6-9; 17:35-6

Chairman, M., 2:7

Evidence adduced in previous session, M. (Karpoff), 2:9-10, 12

Government officials, 2:29

Meetings, 2:19, 23, 25-6

Ministers, 8:9

Minutes and evidence, 8:33

Orders of Reference, 2:18

Organization meeting, 2:7-10, 12-6, 18-20, 22-3, 25-6, 28-30

Quorum, 2:7-8; 7:5

Staff, M., 2:13

Subcommittee, 2:8-9

Vice-Chairmen, M., 2:7

Witnesses, M., 2:14-6

References

Election as Vice-Chairman, 2:7

*In camera* meetings, 3:67-8; 4:3; 5:113; 6:23; 9:63; 10:39; 18:39; 21:63; *Issue 22, Minutes of Proceedings*

Resignation as Vice-Chairman, 4:3

Sex education, 7:13

Sexuality Information Resource Centre and Clearinghouse, 7:10-1, 15

Sexually transmitted diseases, 7:11-2

Status of Women Co-ordinator Office estimates, 1991-1992, main, 2:38, 41, 44-6

Women, 2:44

**Spika, J. (National Health and Welfare Department)**

Canada Health Act (amdt.)(Bill C-333)(subject-matter), 17:5-6, 13-24

**Sports**

Disabled and handicapped, participation, 2:58-9

Drugs, illegal performance-enhancing, anti-doping policy, 2:52-3, 58, 66

Fair Play program, 2:55

Funding, 2:54-5, 65-6

International relations/competitions, 2:54-6

Policy, 2:53, 63, 65

Women, participation, 2:55, 62

*See also* Canada Games Council; Canadian Anti-Doping Organization; Commonwealth Games; South Africa

**Sports injuries**

Health care costs, 11:16

**Stanley, Kay (Status of Women Co-ordinator Office)**

Status of Women Co-ordinator Office estimates, 1991-1992, main, 2:38

**Status of Women Co-ordinator Office**

Estimates, 1991-1992, main, 2:30-49

Funding, 2:36

Offices, 2:37

Role/activities, 2:31-3, 36-7

*See also* Organizations appearing

**Status of Women Subcommittee**

Establishment, organization, 3:65

*In camera* meetings, 3:65-6

*See also* Reports to House—First

**Steering committee** *see* Procedure and Committee business—Agenda and procedure subcommittee

**Studies and inquiries** *see* Committee studies and inquiries

**Subcommittees** *see* Health Issues Subcommittee; Procedure and Committee business; Status of Women Subcommittee

**Suicide** *see* AIDS—Victims

**Sunderland, Nancy (Planned Parenthood Federation of Canada)**

Planned Parenthood Federation of Canada, Committee study, 7:17

**Sweden**

Health care and social policy issues, Committee study, 11:4-20

*See also* Education; Health care—Fees; Parliament

**Swedish Parliamentary Standing Committee on Social Insurance and Immigration** *see* Organizations appearing

**Tax credits** *see* Child care

**Taylor, Darien (AIDS Action Now)**

AIDS, Parliamentary Ad Hoc Committee on AIDS, Committee discussions, 12:17-20, 24, 30-1

**Terminal illness**

Funding priorities, 11:7

**Thalidomide**

Victim compensation, 4:16

**Tobacco**

Advertising/warning labels, 11:14-5

Non-smoking

By-laws, 11:15

Promoting, 20:6

**Toronto People With AIDS Foundation** *see* AIDS—Community-based groups; Organizations appearing

**Travella, Nino A. (Committee Clerk)**

Procedure and Committee business, organization meeting, 2:9-16, 20, 25-7, 29-30



- Tremblay, Marcel R.** (PC—Québec-Est; Parliamentary Secretary to Minister of State (Fitness and Amateur Sport) and Minister of State (Youth) and Deputy Leader of the Government in the House of Commons from May 8, 1991 to March 11, 1993; Parliamentary Secretary to Deputy Prime Minister and Minister of Finance from March 11, 1993 to September 1, 1993; Parliamentary Secretary to Minister of Justice and Attorney General of Canada and President of the Queen's Privy Council for Canada from September 1, 1993 to August 31, 1994)  
Fitness and Amateur Sport Ministry estimates, 1991-1992, main, 2:57
- Tsoukas, Chris** (Montreal General Hospital, Clinical Research and Immunology Department)  
AIDS, Parliamentary Ad Hoc Committee on AIDS, Committee discussions, 13:4-8, 20-2, 26-30
- United Nations Commission on the Status of Women** *see* Women—Violence
- United States** *see* AIDS—Funding; Health care—Funding; Infectious disease notification, emergency response employees
- Upward, Wally** (Newfoundland and Labrador AIDS Committee)  
AIDS, Parliamentary Ad Hoc Committee on AIDS, Committee discussions, 13:45-8
- User fees** *see* Health care
- Vaccines** *see* AIDS—Drugs
- Vance, Joan** (Library of Parliament Researcher)  
References, *in camera* meetings, 3:67-8; 4:3
- Vancouver Persons With AIDS Society**  
Evaluation, 13:40  
*See also* Organizations appearing
- Venne, Pierrette** (PC—Saint-Hubert; BQ—Saint-Hubert as of August 12, 1991)  
Procedure and Committee business, subcommittee, 3:66  
References, *in camera* meetings, 3:66, 68
- Victim compensation** *see* Blood supply; Thalidomide
- Victoria, B.C.** *see* Commonwealth Games
- Violence** *see* Family violence; Women
- Voices of Positive Women**  
Background, 12:17
- von Essen, Gustaf** (Swedish Parliamentary Standing Committee on Social Insurance and Immigration)  
Sweden, health care and social policy issues, Committee study, 11:4, 15-6
- Walker, David** (L—Winnipeg North Centre)  
AIDS, Parliamentary Ad Hoc Committee on AIDS, Committee discussions, 12:26  
Canada Assistance Plan, 20:9-10  
Food supply, 20:11  
Health, 20:19  
National Council of Welfare, 20:12  
National Health and Welfare Department estimates  
1992-1993, main, 8:6, 8, 22-3  
1993-1994, main, 20:5, 9-12, 19  
Poverty, 17:34-5; 20:10-1
- Walker, David—Cont.**  
Procedure and Committee business  
Agenda, 8:6  
Business meetings, 17:34-5  
Questioning of witnesses, 8:8  
Research, M. (Joncas), 17:34  
References, *in camera* meetings, 5:113; 18:40
- Walters, David** (Canadian Medical Association)  
Canada Health Act (amdt.)(Bill C-333)(subject-matter), 15:16-28
- Washington, D.C.** *see* Senior Citizens Health Issues Subcommittee
- Western Economic Diversification** *see* Orders of Reference
- Widnemark, Monica** (Swedish Parliamentary Standing Committee on Social Insurance and Immigration)  
Sweden, health care and social policy issues, Committee study, 11:4
- Wiklund, Pontus** (Swedish Parliamentary Standing Committee on Social Insurance and Immigration)  
Sweden, health care and social policy issues, Committee study, 11:4, 7, 9
- Wilbee, Stan** (PC—Delta)  
Aboriginal people, 8:21  
AIDS  
National strategy, Committee study, 4:16-7, 24, 29  
Parliamentary Ad Hoc Committee on AIDS, Committee discussions, 12:28-9  
Blood supply, 4:16; 12:5-6; 20:13  
Breast cancer, 20:27  
Canada Health Act (amdt.)(Bill C-333)(subject-matter), 14:7, 18-20, 29-30, 37; 15:10  
Doctors, 11:14  
Drugs and pharmaceuticals, 20:27  
Family violence, 2:40-1  
Fitness and Amateur Sport Ministry estimates, 1991-1992, main, 2:65-6  
Foetal alcohol syndrome, 20:12-3  
Health care, 8:20; 11:14, 16-7  
Infectious disease notification, emergency response employees, 14:7, 19-20, 29-30; 15:10  
Medical research, 20:26  
National Health and Welfare Department estimates  
1992-1993, main, 8:8, 19-22, 33  
1993-1994, main, 20:12-4, 26-7  
Pesticides, 20:14  
Planned Parenthood Federation of Canada, Committee study, 7:23-5  
Pornography, 8:20  
Procedure and Committee business  
Agenda and procedure subcommittee, 2:18-9  
Business meetings, 12:5-6; 14:6-8  
Orders of Reference, 2:17  
Organization meeting, 2:7, 10, 12-4, 16-9, 21  
Printing, minutes and evidence, M., 2:7  
Questioning of witnesses, 8:8  
Subcommittee, 2:13  
Vice-Chairmen, M., 2:7  
Witnesses, 2:16; 8:33; 14:7-8, 37



**Wilbee, Stan—Cont.**

References, *in camera* meetings, 3:67-8; 4:3; 6:23; 9:63; 10:39; 18:39; 19:47; 21:63; *Issue 22, Minutes of Proceedings*

Sex education, 7:23

Sexually transmitted diseases, 7:23-5

Sports, 2:65-6

Status of Women Co-ordinator Office estimates, 1991-1992, main, 2:39-41, 43

Sweden, health care and social policy issues, Committee study, 11:7, 14-6

Terminal illness, 11:7

Thalidomide, 4:16

Tobacco, 11:14

Women, 2:39

**Winnipeg North Centre constituency** *see* Poverty

**Witnesses** *see* Organizations appearing and *see also* individual witnesses by surname

**Women**

Education, 2:47-8

Science and engineering fields, emphasizing, 2:33-5, 48

Status of women, 11:11-2

Subcommittee, establishing, 2:12

Violence, 2:43-4

Legislation, D. Black, role, 2:37-9

**Women—Cont.**

Violence—*Cont.*

United Nations Commission on the Status of Women, measures, 2:32

*See also* Reports to House—First

*See also* AIDS—Victims; Banks and banking;

Commonwealth Women's Affairs Ministers conference; Justice; National Council of Women; Parliament;

Pensions; Prison for Women; Sports; Voices of Positive Women

**Worthy, Dave** (PC—Cariboo—Chilcotin; Parliamentary Secretary to Minister of Public Works from May 8, 1991 to September 1, 1993; Parliamentary Secretary to Minister for International Trade from September 1, 1993 to August 31, 1994)

References, *in camera* meetings, 4:3

**Wrobel, Marion** (Library of Parliament Researcher)

References

*In camera* meetings, *Issue 22, Minutes of Proceedings*

*See also* Committee—Staff

**Young, Margaret** (Library of Parliament Researcher)

References, *in camera* meetings, 18:39

**Young, Neil** (NDP—Beaches—Woodbine)

Procedure and Committee business, business meetings, 17:35

**Youth** *see* Pregnancy



- Walker, David—Suite**  
 Pauvreté, 17:35; 20:10  
 Revenu national, ministère, 17:34  
 Santé nationale et Bien-être social  
 Budget principal 1992-1993, 8:6, 8, 22-3  
 Budget principal 1993-1994, 20:5, 9-12, 19  
 SIDA, Comité, table ronde, 12:26
- Walters, David** (Association canadienne médicale)  
 Santé, Loi canadienne (modification), projet de loi C-333, étude, 15:16-28
- Washington, Voir** Comité—Voyages
- Western Judicial Education, conférence**  
 Questions étudiées, 2:36
- Widnemark, Monica** (Comité permanent sur l'assurance sociale et de l'immigration du Parlement de la Suède)  
 Comité, table ronde, discussion, 11:4
- Wiklund, Pontus** (Comité permanent sur l'assurance sociale et de l'immigration du Parlement de la Suède)  
 Comité, table ronde, discussion, 11:4, 7, 9
- Wilbee, Stan** (PC—Delta)  
 Affaires indiennes et Nord canadien, ministère, 8:21  
 Alcool, 20:12-3  
 Alcoolisme, 11:14-5  
 Alcoolisme foetal, syndrome, 8:22  
 Athlètes, 2:66  
 Autochtones, 8:21  
 Breves (modification), Loi de 1992—C-91, 20:27  
 Cancer du sein, 8:22  
 Comité, 8:6; 14:7-8  
 Mandat, étude, 7:23-5  
 Séances à huis clos, présence, 3:75-6; 4:3; 6:25-6; 9:67; 10:41; 18:39-40; 19:49-50; 21:67; voir *procès-verbal*  
 du fascicule 22  
 Table ronde, discussion, 11:7, 14-7  
 Travaux futurs, 12:5-6; 14:6-8
- Condition physique et Sport amateur, budget principal**  
 1991-1992, 2:65-6  
 Condition physique et Sport amateur, ministère d'État, 2:66
- Worthy, Dave** (PC—Cariboo—Chilcotin; secrétaire parlementaire du ministre des Travaux publics du 8 mai 1991 au 1<sup>er</sup> septembre 1993; secrétaire parlementaire du ministre du Commerce extérieur du 1<sup>er</sup> septembre 1993 au 31 août 1994)  
 Comité, séance à huis clos, présence, 4:3  
**Wrobel, Marion** (analyste principal)  
 Comité, séance à huis clos, présence, voir *procès-verbal* du fascicule 22  
 Sous-comité de la pauvreté, 2:10  
 Stratégie nationale, étude, 4:16-7, 24, 29  
 Comité, table ronde, 12:28-9  
 SIDA, 8:22  
 Saskatchewan, 8:20  
 Santé, services, 8:20; 11:7, 16  
 Budget principal 1993-1994, 20:12-4, 26-7  
 Budget principal 1992-1993, 8:8, 19-22, 33  
 Santé nationale et Bien-être social  
 étude, 14:18-20, 29-30, 37; 15:10  
 Santé, Loi canadienne (modification), projet de loi C-333, étude, 14:18-20, 29-30, 37; 15:10  
 Santé, 20:26  
 Sang contaminé, 12:5-6; 20:13  
 Recherches médicales, 8:21-2  
 Planification familiale, 7:23  
 MTS, 7:23  
 Médecins, 11:14  
 employés, notification, 14:7, 19-20, 29-30  
 Maladies infectieuses contagieuses, intervention d'urgence, 7:24  
 Fédération pour le planing des naissances du Canada, 7:24  
 43  
 Emploi et immigration, budget principal 1991-1992, 2:39-41,
- Wilbee, Stan—Suite**  
 43  
 Emploi et immigration, budget principal 1991-1992, 2:39-41,  
 43  
 Fédération pour le planing des naissances du Canada, 7:24  
 Maladies infectieuses contagieuses, intervention d'urgence,  
 employés, notification, 14:7, 19-20, 29-30  
 Médecins, 11:14  
 MTS, 7:23  
 Planification familiale, 7:23  
 Recherches médicales, 8:21-2  
 Sang contaminé, 12:5-6; 20:13  
 Santé, 20:26  
 Santé, Loi canadienne (modification), projet de loi C-333,  
 étude, 14:18-20, 29-30, 37; 15:10  
 Santé nationale et Bien-être social  
 Budget principal 1992-1993, 8:8, 19-22, 33  
 Budget principal 1993-1994, 20:12-4, 26-7  
 Santé, services, 8:20; 11:7, 16  
 Saskatchewan, 8:20  
 SIDA, 8:22  
 Comité, table ronde, 12:28-9  
 Stratégie nationale, étude, 4:16-7, 24, 29  
 Sous-comité de la pauvreté, 2:10  
 Tabagisme, 11:14-5  
 Violence familiale, 2:40-1, 43
- Worthy, Dave** (PC—Cariboo—Chilcotin; secrétaire parlementaire du ministre des Travaux publics du 8 mai 1991 au 1<sup>er</sup> septembre 1993; secrétaire parlementaire du ministre du Commerce extérieur du 1<sup>er</sup> septembre 1993 au 31 août 1994)  
 Comité, séance à huis clos, présence, 4:3  
**Wrobel, Marion** (analyste principal)  
 Comité, séance à huis clos, présence, voir *procès-verbal* du fascicule 22  
 Sous-comité de la pauvreté, 2:10  
 Stratégie nationale, étude, 4:16-7, 24, 29  
 Comité, table ronde, 12:28-9  
 SIDA, 8:22  
 Saskatchewan, 8:20  
 Santé, services, 8:20; 11:7, 16  
 Budget principal 1993-1994, 20:12-4, 26-7  
 Budget principal 1992-1993, 8:8, 19-22, 33  
 Santé nationale et Bien-être social  
 étude, 14:18-20, 29-30, 37; 15:10  
 Santé, Loi canadienne (modification), projet de loi C-333,  
 étude, 14:18-20, 29-30, 37; 15:10  
 Santé, 20:26  
 Sang contaminé, 12:5-6; 20:13  
 Recherches médicales, 8:21-2  
 Planification familiale, 7:23  
 MTS, 7:23  
 Médecins, 11:14  
 employés, notification, 14:7, 19-20, 29-30  
 Maladies infectieuses contagieuses, intervention d'urgence,  
 Fédération pour le planing des naissances du Canada, 7:24  
 43  
 Emploi et immigration, budget principal 1991-1992, 2:39-41,  
 43  
 Fédération pour le planing des naissances du Canada, 7:24  
 Maladies infectieuses contagieuses, intervention d'urgence,  
 employés, notification, 14:7, 19-20, 29-30  
 Médecins, 11:14  
 MTS, 7:23  
 Planification familiale, 7:23  
 Recherches médicales, 8:21-2  
 Sang contaminé, 12:5-6; 20:13  
 Santé, 20:26  
 Santé, Loi canadienne (modification), projet de loi C-333,  
 étude, 14:18-20, 29-30, 37; 15:10  
 Santé nationale et Bien-être social  
 Budget principal 1992-1993, 8:8, 19-22, 33  
 Budget principal 1993-1994, 20:12-4, 26-7  
 Santé, services, 8:20; 11:7, 16  
 Saskatchewan, 8:20  
 SIDA, 8:22  
 Comité, table ronde, 12:28-9  
 Stratégie nationale, étude, 4:16-7, 24, 29  
 Sous-comité de la pauvreté, 2:10  
 Tabagisme, 11:14-5  
 Violence familiale, 2:40-1, 43
- Young, Margaret** (rechercheur pour le Comité)  
 Comité, séances à huis clos, présence, 18:39-40  
**Young, Neil** (NPD—Beaches—Woodbine)  
 Comité, travaux futurs, 17:35  
 Revenu national, ministère, 17:35

- Toronto, Ont.** Voir Jeux olympiques
- Toxicomanes.** Voir SIDA—Porteurs
- Traitement SIDA, brochure.** Voir Réseau communautaire d'info sur le traitement du SIDA
- Travaux du Comité**  
Alcoolisme foetal, syndrome, rapport à la Chambre, 10:41  
Cancer du sein, rapport à la Chambre, 9:67  
Comité  
Mandat, étude, 7:4-27  
Table ronde, discussion, 11:4-20  
Condition physique et Sport amateur, budget principal 1991-1992, 2:49-68  
Emploi et immigration, budget principal 1991-1992, 2:30-49  
Enfants  
Pauvreté, lutte, rapport à la Chambre, projet, voir *procès-verbal* du fascicule 22  
Rapport à la Chambre, 5:121-2  
Maladies infectieuses contagieuses, intervention d'urgence, employés, notification, rapport à la Chambre, projet, 18:39-40  
Personnes âgées, rapport à la Chambre, 21:67  
Sang contaminé, rapport à la Chambre, 19:49-50  
Santé, Loi canadienne (modification) projet de loi C-333, 14:4-41, 15:4-28, 16:4-20, 17:5-33  
Santé nationale et Bien-être social  
Budget principal 1992-1993, 8:6-34  
Budget principal 1993-1994, 20:5-29  
SIDA  
Comité, table ronde, 12:5-56; 13:5-54  
Stratégie nationale, 4:5-30  
Travaux futurs, 2:17-23, 27-8; 3:75; 4:3; 6:25-6; 12:5-6; 14:6-10; 17:32-6  
Violence faite aux femmes, rapport à la Chambre, projet, 3:75-6
- Tremblay, Marcel R.** (PC—Québec-Est; secrétaire parlementaire du ministre d'État (Condition physique et Sport amateur) et ministre d'État (Jeunesse) et leader adjoint du gouvernement à la Chambre des communes du 8 mai 1991 au 11 mars 1993; secrétaire parlementaire du vice-premier ministre et ministre des Finances du 11 mars 1993 au 1er septembre 1993; secrétaire parlementaire du ministre de la Justice et procureur général du Canada et président du Conseil privé de la Reine pour le Canada du 1<sup>er</sup> septembre 1993 au 31 août 1994)  
Comité, 2:57  
Condition physique et Sport amateur, budget principal 1991-1992, 2:57
- Tsoukas, Chris** (Département de recherche clinique et d'immunologie du Montreal General Hospital)  
Sida, Comité, table ronde, 13:4-8, 20-2, 26-30  
Unité nationale. Voir Sport
- Upward, Wally** (Comité de Terre-Neuve sur le SIDA)  
SIDA, Comité, table ronde, 13:45-8
- Vance, Joan** (recherche pour le Comité)  
Comité, séance à huis clos, présence, 3:75-6; 4:3
- Venne, Pierrette** (PC—Saint-Hubert; BQ—Saint-Hubert à compter du 12 août 1991)  
Comité, séance à huis clos, présence, 3:76  
Sous-comité de la condition féminine, séance à huis clos, présence, 3:74  
Vérificateur général. Voir Gouvernement—Programmes; Santé nationale et Bien-être social, ministère
- Vice-président du Comité**  
Election  
Joncas, 4:3  
Pagtakhan, 2:7  
Sparrow, 2:7  
Démision, 4:3  
Victoria, C.-B. Voir Jeux du Commonwealth
- Vie active.** Voir Activités physiques
- Violence faite aux femmes**  
Rapport à la Chambre, 3:ii-v, 1-71  
Gouvernement, réponse demandée, 3:71, 76  
Impression, 3:76  
Projet, étude, 3:75-6
- Violence familiale**  
Comité  
Financement, 2:44  
Formation, 2:33, 38  
Hommes  
Pouvoirs, déséquilibre, 2:43-4  
Programmes, 2:40-1  
Lutte, mesures, 20:7-8  
Nouvelle initiative  
Création, 2:33  
Financement, 2:44-5  
SCHL, rôle, 2:45  
Prévention, programmes, 2:40; 20:8
- von Essen, Gustaf** (Comité permanent sur l'assurance sociale et de l'immigration du Parlement de la Suède)  
Comité, table ronde, discussion, 11:4, 15-6  
Vote prépondérant. Voir Comité—Sous-comité de la pauvreté; Présidence, décisions et déclarations—Sous-comité de la pauvreté; Procédure et Règlement—Sous-comité de la pauvreté;  
Votes par appel nominal  
Enfants, pauvreté, lutte, rapport à la Chambre  
Impression, voir *procès-verbal* du fascicule 22  
Présentation à la Chambre, voir *procès-verbal* du fascicule 22
- Walker, David** (L—Winnipeg-Nord-Centre)  
Alimentation, crise mondiale, 20:11  
Assistance publique du Canada, régime, 20:9-10  
Assurance-maladie, régimes, 8:23  
Banques alimentaires, 20:11  
Canada en santé, programme, 20:19  
Comité, 6:8; 8:33  
Séance à huis clos, présence, 5:121-2  
Travaux futurs, 17:34-5  
Logement social, 20:11



- Sous-comité du programme et de la procédure.** *Voir* Comité
- Sous-comité sur la santé et le sport amateur**  
Création, 2:13  
Session précédente, recommandations, 2:60
- Sparrow, l'hon. Barbara J.** (PC—Calgary-Sud-Ouest; secrétaire parlementaire du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social du 8 mai 1991 au 25 juin 1993; (ministre désigné des Ressources naturelles) ministre de l'Énergie, des Mines et des Ressources et ministre des Forêts à compter du 25 juin 1993) (vice-présidente)
- Adolescentes.** 7:18  
Centre d'information et de ressources sur la sexualité, 7:11, 13  
Comité, 8:9, 33; 14:7-9, 11  
Mandat, étude, 7:10-3, 15, 18-9  
Séances à huis clos, présence, 3:75; 4:3; 5:121-2; 6:25-6; 9:67; 10:41; 18:39-40; 21:67; *voir procès-verbal* du fascicule 22  
Travaux futurs, 14:6-9; 17:35  
Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction, 7:11-2, 19  
Drogues, 8:26  
Éducation sexuelle, 7:13  
Emploi et immigration, budget principal 1991-1992, 2:38, 41, 44-6  
Maladies infectieuses contagieuses, intervention d'urgence, employés, notification, 14:6, 17-8  
Revenu national, ministère, 17:35  
Santé, Loi canadienne (modification), projet de loi C-333, étude, 14:11, 16-8, 21; 15:13-5, 20-3; 16:11-5  
Santé nationale et Bien-être social, budget principal 1992-1993, 8:9, 25-6, 33  
SIDA  
Comité, table ronde, 12:20, 22-3; 13:21-2  
Stratégie nationale, étude, 4:11, 13, 21-2, 27  
Sous-comité de la pauvreté, 2:8-10  
Violence familiale, 2:44-5  
*Voir aussi* Vice-président du Comité—Élection
- Spika, J.** (ministère de la Santé nationale et du Bien-être social)  
Santé, Loi canadienne (modification), projet de loi C-333, étude, 17:5-6, 13-24
- Sport**  
Administration, consultations, 2:63, 65  
Autochtones, participation, 2:63  
Femmes, promotion, 2:55, 63  
Financement, 2:60, 63  
Handicapés, participation, 2:63  
Politique fédérale, groupe de travail, étude, 2:53  
Programme sportif fédéral 1991-1992, 2:54-5  
Secrètes gouvernemental et non gouvernemental, rôles, 2:53  
Unité nationale, relation, 2:60
- Stanley, Kay** (Condition féminine Canada)  
Emploi et immigration, budget principal 1992-1992, 2:38
- Stratégie nationale antidrogue.** *Voir plutôt* Drogue—Lutte, stratégie nationale
- Suède.** *Voir* Femmes—Au travail; Parlement—Femmes; Santé, services
- Suicide.** *Voir* Autochtones
- TISA, programme.** *Voir* SIDA
- Services**  
Ticket modérateur. *Voir* Santé, services; Saskatchewan—Santé, services
- Santé, services, 8:25**  
d'urgence, employés, notification  
Santé, services, 8:25
- Territoires du Nord-Ouest**  
Femmes, victimes, 13:45, 48  
Épidémie, situation, 13:46-7
- SIDA**
- Terre-Neuve**  
Syndicat canadien de la fonction publique, 17:24-33  
31-4, 52-4  
Société canadienne du SIDA, 12:41-5, 47-8, 53; 13:8-11, 24, 25-8  
Société canadienne des maladies infectieuses, 12:9-12, 22-3, 23-4, 26-9; 8:10-6, 18-24, 26-32; 20:5-14, 16-27, 29  
Santé nationale et Bien-être social, ministre, 4:5-10, 12-21, 21-9  
Santé nationale et Bien-être social, ministère, 4:13, 15-7, 13:41-5, 50, 52  
Réseau communautaire d'info sur le traitement du SIDA, PWA Organisations, 13:35-7, 50, 52  
Langgan, Joy, 14:12-23, 32-5, 37-40  
Groupe d'action SIDA, 12:17-20, 24, 30-1, 38-41, 47-8, 50, 54 49-55  
Groupe consultatif sur les thérapies du SIDA, 12:35-8, 46, Fédération pour le planing des naissances du Canada, 7:4-27  
Montréal General Hospital, 13:4-8, 20-2, 26-30  
Département de recherche clinique et d'immunologie du Condition physique et Sport amateur, ministère d'État, 2:66  
Condition féminine Canada, 2:38  
l'immigration du Parlement de la Suède, 11:4-11, 13-20  
Comité permanent sur l'assurance sociale et de la prévention du SIDA, 13:15-9, 23-5, 29  
Comité national mixte sur l'éducation des autochtones pour Comité de Terre-Neuve sur le SIDA, 13:45-8  
Centre d'études sur le SIDA, 12:12-7, 20-1, 23-4, 26-7, 30-1 52, 55-6  
B.C. Centre for Excellence in HIV AIDS, 12:31-5, 46-7, 49-50, Association internationale des pompiers, 14:23-35  
Association canadienne médicale, 15:16-28  
Association canadienne des policiers, 15:4-15  
Association canadienne des infirmières, 16:4-8, 10-20 22-3, 26-7, 31  
Association canadienne de la santé publique, 13:12-5, 19-20, Témoins
- Taylor, Darien** (Groupe d'action SIDA)  
SIDA, Comité, table ronde, 12:17-20, 24, 30-1  
*Voir aussi* Autochtones  
Lutte, mesures, 11:14-5; 20:6
- Tabagisme**  
Syndicat canadien de la fonction publique. *Voir* Témoins  
Comité, mandat, étude, 7:17
- Sunderland, Nancy** (Fédération pour le planing des naissances du Canada)

- Médicaments—*Suite*  
 AZT, 12:36, 42  
 Coût, 12:36, 38-9, 42, 45-6, 48  
 DD1, 4:9; 12:36  
 Essais cliniques, 4:13; 12:7-9, 12, 21, 28, 38, 42, 52-4;  
 13:20-1, 44  
 Essais ouverts, protocole, 12:38  
 Gagnon, étude, rapport, 12:39  
 Homologues et expérimentaux, distinction, 12:52-3  
 Législation, 12:29  
 Non autorisés, 12:37-8, 46, 51  
 Plan d'action du Canada, 13:8, 12  
 Polio, épidémie, comparaison, 13:4  
 Porteurs  
 Autochtones, 4:7; 13:15  
 Détenus, 4:27-8  
 Discrimination, 4:8  
 Enfants, 4:21  
 Femmes, 4:7, 21; 12:14, 17, 30; 13:9, 45  
 Homosexuels et bisexuels, 12:15, 30; 13:9  
 Imigrants, 4:15-6, 28  
 Prisonniers, 13:9, 11  
 Professionnels de la santé, 4:24  
 Santé mentale, étude, 4:25-6  
 Soutien, 12:35  
 Statistiques, 4:7, 21, 30; 12:18, 32, 35, 40; 13:4, 9, 14  
 Toxicomanes, 12:14, 30, 32; 13:9  
 Prévention, 4:27; 12:20; 13:9, 13, 24  
 Priorité nationale, 12:20  
 Programmes  
 De développement, 12:33  
 Échange d'aiguilles, 12:32, 46; 13:23  
 Évaluation, 4:9-10  
 Informations, 12:34  
*Vous aussi sous le titre susmentionné* Action  
 communautaire sur le sida; Autochtones—Éducation;  
 Recherche  
 Autres maladies, retombées, 12:11-2, 16, 23  
 Chercheurs, obstacles, 12:50  
 Compagnies pharmaceutiques, 4:24-5; 12:29-30  
 Consultations, 13:11  
 Financement et mise au point, 4:9, 13, 17-8, 21-2, 24, 29;  
 8:22; 12:10, 12-3, 16-8, 20-1, 24, 26, 43; 13:25-7, 51  
 Fondamentales, appliquées ou sociales, 12:22-3  
 Formation, lien, 13:10  
 Immunologie, laboratoires, besoin, 13:8  
 Internationales, coordination, 12:24-5  
 Perfectionnement professionnel, coût, 12:27-8  
 Projets, structure, 12:26-8  
 Secteur public, rôle, 13:25  
 Répercussions, 12:13  
 Sensibilisation, semaine, 13:13  
 Services sociaux, 4:9  
 Stratégie nationale  
 Comité mixte spécial, 4:12-3  
 Étude, 4:5-30  
 Financement, 4:12, 23-4, 25-6; 12:6  
 Objectifs, 4:6  
 Renouvellement, 8:15  
 SIDA (syndrome d'immuno-déficience acquise)—*Suite*  
 Médicaments—*Suite*  
 AZT, 12:36, 42  
 Coût, 12:36, 38-9, 42, 45-6, 48  
 DD1, 4:9; 12:36  
 Essais cliniques, 4:13; 12:7-9, 12, 21, 28, 38, 42, 52-4;  
 13:20-1, 44  
 Essais ouverts, protocole, 12:38  
 Gagnon, étude, rapport, 12:39  
 Homologues et expérimentaux, distinction, 12:52-3  
 Législation, 12:29  
 Non autorisés, 12:37-8, 46, 51  
 Plan d'action du Canada, 13:8, 12  
 Polio, épidémie, comparaison, 13:4  
 Porteurs  
 Autochtones, 4:7; 13:15  
 Détenus, 4:27-8  
 Discrimination, 4:8  
 Enfants, 4:21  
 Femmes, 4:7, 21; 12:14, 17, 30; 13:9, 45  
 Homosexuels et bisexuels, 12:15, 30; 13:9  
 Imigrants, 4:15-6, 28  
 Prisonniers, 13:9, 11  
 Professionnels de la santé, 4:24  
 Santé mentale, étude, 4:25-6  
 Soutien, 12:35  
 Statistiques, 4:7, 21, 30; 12:18, 32, 35, 40; 13:4, 9, 14  
 Toxicomanes, 12:14, 30, 32; 13:9  
 Prévention, 4:27; 12:20; 13:9, 13, 24  
 Priorité nationale, 12:20  
 Programmes  
 De développement, 12:33  
 Échange d'aiguilles, 12:32, 46; 13:23  
 Évaluation, 4:9-10  
 Informations, 12:34  
*Vous aussi sous le titre susmentionné* Action  
 communautaire sur le sida; Autochtones—Éducation;  
 Recherche  
 Autres maladies, retombées, 12:11-2, 16, 23  
 Chercheurs, obstacles, 12:50  
 Compagnies pharmaceutiques, 4:24-5; 12:29-30  
 Consultations, 13:11  
 Financement et mise au point, 4:9, 13, 17-8, 21-2, 24, 29;  
 8:22; 12:10, 12-3, 16-8, 20-1, 24, 26, 43; 13:25-7, 51  
 Fondamentales, appliquées ou sociales, 12:22-3  
 Formation, lien, 13:10  
 Immunologie, laboratoires, besoin, 13:8  
 Internationales, coordination, 12:24-5  
 Perfectionnement professionnel, coût, 12:27-8  
 Projets, structure, 12:26-8  
 Secteur public, rôle, 13:25  
 Répercussions, 12:13  
 Sensibilisation, semaine, 13:13  
 Services sociaux, 4:9  
 Stratégie nationale  
 Comité mixte spécial, 4:12-3  
 Étude, 4:5-30  
 Financement, 4:12, 23-4, 25-6; 12:6  
 Objectifs, 4:6  
 Renouvellement, 8:15  
 SIDA (syndrome d'immuno-déficience acquise)  
 SIDA (syndrome d'immuno-déficience acquise)  
 Survie à long terme, 12:14  
 TISA, programme, 4:20; 8:15-6; 12:54; 13:51-2  
 Traitements  
 Accès, 12:42, 44; 13:17  
 Brevets, titulaires, 13:30  
 Coût, 13:24  
 Disparités régionales, 13:51-2  
 En bloc, protocoles, 12:44  
 Informations, 12:44, 51; 13:39  
 Médicins, formation, 12:40, 44-5, 48-51, 55  
 Vaccins, 4:9, 19; 12:12, 15, 19-20, 36; 13:5-7, 21-2, 27-30  
*Vous aussi sous le titre susmentionné* Autochtones  
 Transmission, 4:19, 26; 12:15, 30; 13:6; 15:19-20  
*Vous aussi* Brevets (modification), Loi de 1992—C-91; Centre  
 d'études; Terre-Neuve  
 Skelly, Raymond (NPD—North Island—Powell River)  
 Comité, séance à huis clos, présence, 18:40  
 Société canadienne des maladies infectieuses  
 Description, mandat, etc., 12:10-2  
*Vous aussi* Témoins  
 SCHL  
 Société canadienne d'hypothèques et de logement. *Voir plutôt*  
 Société canadienne du SIDA  
 Lettre au ministre, 13:31  
*Vous aussi* SIDA—Lutte; Témoins  
 Sous-comité  
 Création, 4:3  
 Sous-comité de la condition féminine  
 Création, 2:9, 12  
 Mandat et plan de travail, adoption, 3:73  
 Président, élection, Greene, 3:73  
*Procès-verbaux et témoignages*, impression, 3:73  
 Rapport  
 Au Comité  
 Projet, étude, 3:73-4  
*Vous aussi sous le titre susmentionné* Session précédente  
 Séance d'organisation, 3:73  
 Séances  
 À huis clos, 3:73-4; 9:65-6  
 Tenue et impression des témoignages en l'absence de  
 quorum, 3:73  
 Session précédente  
 Rapport, 2:33  
 Témoignages, utilisation, 2:12  
*Vous aussi* Comité—Budget—Partie  
 Sous-comité de la pauvreté  
 Création, 2:8-9  
 Rapport au Comité  
 Projet  
 Adoption, 9:66  
 Étude, 9:65-6  
 Renvoi au Sous-comité, m. irrecevable, 5:121  
 Témoignages de la session précédente, utilisation, 2:9-12  
*Vous aussi* Comité; Président, décisions et déclarations;  
 Procédure et Règlement; Revenu national, ministère—  
 Banque  
 Sous-comité des questions de santé. *Voir* Comité

- Santé nationale et Bien-être social**... *Suite*  
 Bureau des enfants—*Suite*  
 Création, 8:12  
 Coupures budgétaires, incidence, 20:15  
 Direction générale de la protection de la santé  
 Financement, 8:16  
 Fonctionnement, 20:22-3  
 Fonctions et services, maintien, 20:14-5  
 Marchés, politiques, respect, 20:23  
 Réalisations, 20:5  
 Santé, brochures, publication, 7:19-20, 22-3, 25  
 Vérificateur général, rapport, 20:23  
*Voir aussi* Affaires indiennes et Nord canadien, ministère;  
 Comité—Témoins—Comparution, convocation;  
 Famille—Aide; Planification familiale—Brochures;  
 Témoins  
**Santé, services**  
 Arrangements fiscaux fédéraux-provinciaux, application, 8:10  
 Blessures sportives, 11:16  
 Communautés, 11:6, 17  
 Coût, 11:6, 10-1; 20:19-20  
 États-Unis  
 Système, 8:24  
*Voir aussi sous le titre susmentionné* Interventions  
 chirurgicales—Oreçon  
 Financement, 8:12-3; 11:9  
 Gestion, 20:25  
 Interventions chirurgicales  
 Oregon, États-Unis, système de pointage, 11:15-6  
 Résultats, analyse, 11:6-7  
 Paiement à l'acte, 11:6  
 Phase terminale, vie, prolongation, techniques, 11:6-7  
 Provinces  
 Comparaison, 15:28  
 Juridiction, 11:6, 8  
 Qualité et ressources, équilibre, 8:24; 20:9  
 Suède, 11:7-9  
 Ticket modérateur, 4:12; 8:20, 30-1  
*Voir aussi* Constitution—Propositions; Enfants; Famille—  
 Homosexuels; Saskatchewan; Territoires du Nord-Ouest  
**Saskatchewan**  
 Santé, services, ticket modérateur, 8:20  
**SCHL** (Société canadienne d'hypothèques et de logement). *Voir*  
 Violence familiale—Nouvelle initiative  
**Science et ingénierie**  
 Femmes, participation, 2:34-5, 48  
**Sécurité du revenu**  
 Programmes, remaniement, 20:7  
**Sein, cancer. Voir pluri** Cancer du sein  
**Serson, Scott** (ministère de la Santé nationale et du Bien-être  
 social)  
 Santé nationale et Bien-être social, budget principal  
 1993-1994, 20:13  
**Sexualité, Centre d'information et de ressources. Voir pluri**  
 Centre d'information et de ressources sur la sexualité  
 Sexualité, éducation. *Voir pluri* Éducation sexuelle  
 Sheffield, Angleterre. *Voir* Jeux étudiants mondiaux
- Shiario, Bud** (Syndicat canadien de la fonction publique)  
 Santé, Loi canadienne (modification), projet de loi C-333,  
 étude, 17:24-33  
**SIDA** (syndrome d'immuno-déficience acquise)  
 Action communautaire sur le sida, programme, financement,  
 4:14-5, 22; 13:11, 49-50  
 Aspect social, 4:26; 13:8  
 Autochtones  
 Comité national mixte, 13:15  
 Dirigeants politiques, attitude, 13:24-5  
 Éducation, programmes et études, 13:16-8  
 Femmes, 13:19  
 Gouvernement, campagne, 8:21  
 Réactions, 13:29  
 Santé, professionnels, rôle, 13:17  
 Seringues infectées, utilisation, 13:17-8  
 Traitements, 13:23-4  
*Voir aussi sous le titre susmentionné* Porteurs  
 Autres virus, comparaison, 12:22-3  
 Banques de sang, sécurité, 12:16  
 Centre fédéral, 4:19-20, 25  
 Comité consultatif d'experts sur les thérapies et comité  
 consultatif national, rôle, 12:40, 54  
 Comité, table ronde, 12:6-56; 13:4-54  
 Conférence de 1991, 13:13  
 Consensus SIDA/AIDS, janvier 1992, 4:8; 13:13  
 Diverses formes, 12:29  
 Éducation  
 Messages publicitaires, 4:7  
 Mesures, financement, 4:8, 18-9  
 Programmes, 13:8, 12-3  
*Voir aussi sous le titre susmentionné* Autochtones  
 Épidémie à la baisse ou stabilisation, 12:30; 13:14  
 Groupe d'étude fédéral-provincial-territorial, abolition, 12:45  
 Groupes cibles, 4:19, 25-7, 29-30  
 Intervention précoce, 12:39  
 Journée mondiale, affiche, 13:13  
*Le VIH et les droits de la personne au Canada*, publication,  
 16:17  
 Lutte  
 Association canadienne de la santé publique,  
 recommandations, 13:19-20, 30-1  
 Canada, accomplissements, 12:42, 49  
 Communauté, rôle, 12:34; 13:9-10, 34, 37-40  
 États-Unis, mesures, 12:40, 49-50  
 Financement, 4:14; 12:52; 13:19-22, 26, 32  
 Gouvernement fédéral  
 Groupes cibles, 4:19, 25-7, 29-30  
 Rôle, 12:21-2, 24, 55-6; 13:22, 26, 32, 40, 45  
 Et provinciaux, collaboration, 12:33-5  
 Groupes communautaires. *Voir pluri* sous le titre  
*susmentionné* Lutte—Communauté  
 Partenariats, 13:13-5, 45  
 Provinces, 13:22-3  
 Santé, promotion, 13:8-9, 12  
 Secteur privé, rôle, 13:25-6  
 Société canadienne du SIDA, pétitions, campagne, 13:33-4  
 Médicaments  
 Abort, laboratoires, mise au point, 12:18-9  
 Accès universel et gratuité, 12:37, 39, 45-8  
 Approbation, processus, 12:43-4



**Rapports à la Chambre—Suite**  
 Quatrième (Le cancer du sein: des questions sans réponse), 9: xv, 1-63  
 Cinquième (Syndrome d'alcoolisme foetal: une tragédie évitable), 10: xv-xv, 1-39  
 Sixième (Traçage et enjeu: la transfusion sanguine au Canada et le VIH), 19: v-ix, 1-46  
 Septième (Rompre le silence sur les mauvais traitements infligés aux Canadiens âgés: la responsabilité de tous), 21: vii-xv, 1-63  
 Huitième (Promesse de l'an 2000: Éliminer la pauvreté des enfants), voir *procès-verbal* du fascicule 22  
 Neuvième (Divulguation de renseignements au personnel des services d'intervention d'urgence), 18: v-ix, 1-36  
**Recherches médicales**  
 Financement, 8: 21-2  
**Redway, l'hon. Alan** (PC—Don Valley-Est) (président suppléant)  
 Comité, séances à huis clos, présence, 5: 121-2; 9: 66; voir *procès-verbal* du fascicule 22  
 Sous-comité de la condition féminine, séance à huis clos, présence, 9: 66  
 Voir aussi Président du Comité—Président  
**REER** (Régimes enregistrés d'épargne-retraite)  
 Description, 11: 18  
**Régime d'assistance publique du Canada. Voir plutôt** Assistance publique du Canada, régime  
**Régimes enregistrés d'épargne-retraite. Voir plutôt** REER  
**Reid, l'hon. Ian Angus Ross** (PC—St. John's-Est; secrétaire parlementaire du ministre des Affaires indiennes et du Nord canadien du 8 mai 1991 au 25 juin 1993; ministre des Pêches et des Océans et ministre de l'Agence de promotion économique du Canada atlantique à compter du 25 juin 1993)  
 Comité de Terre-Neuve sur le SIDA, 13: 47-8  
 SIDA, Comité, table ronde, 12: 50-2; 13: 29, 34, 47-8, 53  
**Reproduction**  
 Techniques, Comité, étude, 6: 26  
 Voir aussi Commission royale sur les nouvelles techniques  
**Réseau canadien pour les essais VIH**  
 Centres régionaux, 12: 9  
 Évaluation, 12: 43  
 Financement, 12: 41  
 Mandat, activités, etc., 12: 7, 9, 18-9, 32-3, 42  
 Voir aussi Témoins  
**Réseau communautaire d'info sur le traitement du SIDA**  
 Description, activités, etc., 13: 41-4, 49-52  
*Managing Your Health: A Guide for People with HIV or AIDS*, 13: 43  
 MedLog, programme, 13: 44  
 Traitement SIDA, information, bulletin, 13: 41-2, 50  
 Voir aussi Témoins  
**Revenu national, ministère**  
 Banque de données, Sous-comité de la pauvreté, accès, financement, 17: 4, 34-5, adoptée, 17: 4, 35  
**Reynolds, Barbara. Voir** Comité—Voyage à Washington

**Robinson, Svend J.** (NPD—Burnaby—Kingsway)  
 Famille, 13: 49, 52-3  
 Fondation de Toronto pour les gens atteints du SIDA, 13: 49  
 Réseau communautaire d'info sur le traitement du SIDA, 13: 49  
 SIDA, Comité, table ronde, 13: 48-9, 52-3  
**Ruedy, John** (Réseau canadien pour les essais VIH)  
 SIDA, Comité, table ronde, 12: 7-9, 21, 24, 28-9  
**Ryan White. Voir** Santé, Loi canadienne (modification), projet de loi C-333  
 Sabean, Chris (PWA Organizations)  
 SIDA, Comité, table ronde, 13: 37-40, 50-1, 53  
**Sang, approvisionnement**  
 Gouvernement, rôle, 20: 21-2  
**Sang contaminé**  
 Enquête publique  
 Comité, étude, 12: 5-6  
 Responsabilité, rapport, forme, etc., 20: 13-4  
 Rapport à la Chambre, 19: v-ix, 1-46  
 Étude, 19: 49-50  
 Gouvernement, réponse demandée, 19: 47, 49  
 Impression, 19: 49  
**Santé**  
 Promotion, 13: 39  
 Conseil de recherches médicales, rôle, 20: 6  
 Guide alimentaire canadien, rôle, 20: 6  
 Recherches, financement, 20: 26-8  
 Voir aussi Activités physiques; Autochtones; Brevets (modification), Loi de 1992—C-91; Inuit; Maladies infectieuses contagieuses; intervention d'urgence, employés, notification; Santé nationale et Bien-être social, ministère; SIDA—Porteurs  
**Santé et environnement, plan d'action**  
 Financement, 8: 12  
**Santé, Loi canadienne**  
 Élargissement, 14: 21; 15: 14  
 Voir aussi Maladies infectieuses contagieuses; intervention d'urgence, employés, notification  
**Santé, Loi canadienne (modification), projet de loi C-333**  
 Association canadienne des infirmières, position, 16: 5-7  
 Association canadienne des policiers, position, 14: 9  
 Association canadienne médicale, position, 15: 16  
 Constitution, comité, 15: 14  
 Etias-Unis, loi Ryan White, comparaison, 14: 9, 15-6, 25-34; 15: 7-8, 11-2; 16: 9-10, 19  
 Étude, 14: 4-11; 15: 4-28; 16: 4-20; 17: 5-33; 18: 39-40  
 Ministère, position, 14: 13-5  
 Objectif, 14: 14-5; 16: 5, 15  
 «Services hospitaliers», définition, 14: 22-3  
**Santé nationale et Bien-être social**  
 Budget principal 1992-1993, 8: 6-34  
 Budget principal 1993-1994, 20: 5-29  
**Santé nationale et Bien-être social, ministère**  
 Administration, frais, augmentation, 20: 15-6, 21  
 Bureau des enfants  
 Activités, 20: 29



- Pagtakhan, Ruy—Suite**  
Enfants, 8:13-4, 30  
Maladies infectieuses contagieuses, intervention d'urgence, employés, notification, 14:15-6, 30-2, 34-5  
Médicaments, 8:16, 30  
Médicaments d'urgence, programme, 8:32  
MTS, 7:10  
Pauvreté, 17:35-6  
Procédure et Règlement, 2:45; 7:26-7  
Réseau communautaire d'info sur le traitement du SIDA, 13:51  
Revenu national, ministère, 17:34-5  
Sang, approvisionnement, 20:21  
Sang contaminé, 12:5  
Santé, 20:28  
Santé, Loi canadienne (modification), projet de loi C-333, étude, 14:10-1, 15-6, 22-3, 30-2, 34-6, 38-40; 16:8, 15-20  
Santé nationale et Bien-être social  
Budget principal 1992-1993, 8:6-7, 13-6, 29-30, 32  
Budget principal 1993-1994, 20:15-7, 21-3, 28-9  
Santé nationale et Bien-être social, ministère, 7:25; 8:16  
SIDA, 8:14  
Comité, table ronde, 12:20-1, 29-30, 46, 52-4, 56; 13:19-21, 29-31, 51  
Stratégie nationale, étude, 4:11-2, 19-21, 25, 29-30  
Sous-comité de la condition féminine, 2:12  
Sous-comité de la pauvreté, 2:9-11  
*Voir aussi* Vice-président du Comité—Election
- Parlement**  
Femmes, représentation, Suède, comparaison, 11:13  
Paton, Shirley (ministère de la Santé nationale et du Bien-être social), Loi canadienne (modification), projet de loi C-333, étude, 17:6-23  
**Pauvreté**  
Comité, étude, 17:35-6  
Définition, 20:10  
Lutte, mesures, 20:10  
*Voir aussi* Enfants  
**Pension de vieillesse**  
Financement fédéral, augmentation, 8:10  
**Pensions, régimes**  
Conjoint  
Allocation, financement fédéral, augmentation, 8:10  
Survivant, prestations, 11:18  
**Personnes âgées**  
Rapport à la Chambre, 21:vi-xv, 1-63  
Impression, 21:67  
Phillips, Gillian (Fédération pour le planning des naissances du Canada)  
Comité, mandant, étude, 7:6-7, 14-6, 21-3  
Phinney, Beth (L—Hamilton Mountain)  
Sous-comité de la pauvreté, 2:8-9  
*Plan d'action du Canada. Voir* SIDA
- Planification familiale**  
Brochures, Santé nationale et Bien-être social, ministère, publication, 7:19-20  
Croissance, vidéo, contenu, 7:23  
Informations, adultes, manque, 7:17  
*Planned Parenthood in Manitoba*, brochure, *Voir* Education sexuelle  
**Politiques sociales**  
Gouvernement  
Etude, 20:9-10  
Importance accordée, 20:21  
**Polymères**  
Volontaires, nombre, 14:32-3  
*Voir aussi* Maladies infectieuses contagieuses, intervention d'urgence, employés, notification  
**Pornographie. Voir** Enfants
- Pouliot, François** (ministère de la Santé et du Bien-être social)  
SIDA, stratégie nationale, étude, 4:15, 29  
**Présidence, décisions et déclarations**  
Députés, temps de parole, 2:57, 61  
Motion, présentation  
Préavis, absence, irrecevable, 5:121  
Quorum, absence, irrecevable, 5:121; 7:26-7; 8:7  
Sous-comité de la pauvreté, analyste principal, Toronto et Fredericton, voyages, frais, remboursement, m. adoptée  
par vote prépondérant, 19:49-50  
**Président du Comité**  
Election de Greene, 2:7  
Président suppléant, nomination de Redway, 5:121  
**Pressault, Carole** (Association canadienne des infirmières)  
Santé, Loi canadienne (modification), projet de loi C-333, étude, 16:4-5, 13-4  
**Procédure et Règlement**  
Députés non membres du Comité, autorisation à poser une question, 2:45  
Motion, présentation  
Préavis, absence, recevabilité, 5:121  
Quorum, absence, recevabilité, 5:121; 7:26-7; 8:7  
Sous-comité de la pauvreté, analyste principal, Toronto et Fredericton, voyages, frais, remboursement, m. adoptée  
par vote prépondérant, 19:49-50  
**Procès-verbaux et témoignages**  
Impression, 2:7  
Réimpression, fascicule 17  
*Voir aussi* Sous-comité de la condition féminine  
**Prostate, cancer. Voir plutôt** Cancer de la prostate  
**PWA Organizations**  
Financement, 13:50  
*Voir aussi* Témoins  
**RAPC. Voir** Assistance publique du Canada, régime  
**Rapports à la Chambre**  
Premier (*La guerre contre les femmes*), 3:ii-v, 1-71  
Deuxième (*Les enfants du Canada: notre avenir*), 5:v-x, 1-118  
Troisième (*L'hépatite B au Canada*), 6:v-x, 1-21

- Médecins**  
Nombre, répartition, 11:6, 14  
Régions rurales, besoin, 11:14
- Médicaments**  
Approbation  
Coûts-avantages, étude, 8:30, 32  
Gagnon, étude, 8:17; 20:7, 24  
Processus, 20:7  
Ressources, 8:31-2  
Résultats, 20:22-4  
Conformité, avis, objet, liste demandée par le Comité, 8:16  
Coût, 11:10  
Disponibilité, 8:30, 32  
Gratuité, 12:46-7  
Nouveaux, 11:10
- Médicaments d'urgence, programme**  
Description, 8:32; 12:37  
Efficacité, 4:13; 12:30, 39, 44, 53
- MedLog, programme. Voir** Réseau communautaire d'info sur le traitement du SIDA
- Miller, Nancy** (recherche pour le Comité)  
Comité, séance à huis clos, présence, 21:67
- Mitchell, Margaret Anne** (NPD—Vancouver-Est)  
Comité, 14:7-9  
Maladies infectieuses contagieuses, intervention d'urgence, employés, notification, 14:7  
Santé, Loi canadienne (modification), projet de loi C-333, étude, 14:7-9
- Montréal General Hospital. Voir** Département de recherche clinique et d'immunologie
- Morrison, Ken** (Société canadienne du SIDA)  
Sida, Comité, table ronde, 13:8-11, 24
- MTS** (Maladies transmissibles sexuellement)  
Fédération pour le planning des naissances du Canada, lutte, mesures, 7:24-5  
Traitement, coût, 7:9-10, 23
- Naegle, Barbara** (ministère de la Santé et du Bien-être social)  
SIDA, stratégie nationale, étude, 4:17, 21
- Nesbitt, Fred** (Association internationale des pompiers)  
Santé, Loi canadienne (modification), projet de loi C-333, étude, 14:25-33
- Newark, Scott** (Association canadienne des policiers)  
Santé, Loi canadienne (modification), projet de loi C-333, étude, 15:4-15
- Nicholson, I'hon. Robert D.** (PC—Niagara Falls; secrétaire parlementaire du ministre de la Justice et procureur général du Canada du 8 mai 1991 au 7 mai 1993; secrétaire général du Canada et ministre d'Etat (Agriculture) du 8 mai 1993 au 25 juin 1993; ministre des Sciences et ministre chargé de la petite entreprise à compter du 25 juin 1993)  
Santé, Loi canadienne (modification), projet de loi C-333, étude, 16:14
- Nilsson, Borje** (Comité permanent sur l'assurance sociale et de l'immigration du Parlement de la Suède)  
Comité, table ronde, discussion, 11:5
- Noreau, Jean-Jacques** (ministère de la Santé nationale et du Bien-être social)  
Santé nationale et Bien-être social, budget principal 1993-1994, 20:14-7, 21, 23-7
- Nouvelle-Ecosse. Voir** Maladies infectieuses contagieuses, intervention d'urgence, employés, notification
- Nowdluk, Kitty, affaire**  
Allusion, 2:47
- Ogston, Don** (ministère de la Santé nationale et du Bien-être social)  
Santé nationale et Bien-être social, budget principal 1993-1994, 20:17-9
- Ontario. Voir** Maladies infectieuses contagieuses, intervention d'urgence, employés, notification
- Opération Refuge**  
Financement, 2:46
- Ordres de renvoi**  
Comité, composition, 2:3  
Crédits 1992-1993  
Emploi et Immigration, 8:3  
Santé nationale et Bien-être social, budget principal, 8:3  
Crédits 1993-1994  
Diversification de l'économie de l'Ouest canadien, 20:3  
Santé nationale et Bien-être social, budget principal, 20:3  
Projet de loi C-333 (Santé, Loi canadienne—modification), 14:3
- Organisation antidopage canadienne**  
Création, 2:52, 67
- O'Shaughnessy, Michael V.** (ministère de la Santé et du Bien-être social; BC Centre for Excellence in HIV AIDS)  
Comité, table ronde, 12:31-5, 46-7, 49-50, 52, 55-6  
Stratégie nationale, étude, 4:26-7, 30
- Ottawa, Ont. Voir** Condition féminine du Commonwealth—Réunion
- Oxyde d'éthylène. Voir** Maladies infectieuses contagieuses, intervention d'urgence, employés, notification
- Paglahan, Rey** (L—Winnipeg-Nord) (vice-président)  
Athlètes, 2:67  
Breves (modification), Loi de 1992—C-91, 12:29  
Canada en santé, programme, 20:16-7  
Cancer de la prostate, 20:29  
Cancer du sein, 8:14  
Centre d'information et de ressources sur la sexualité, 7:10, 26  
Comité, 2:49, 56-7; 4:11, 26-7; 8:6-7; 14:10-1, 36, 38-9  
Mandat, 7:10, 25-7  
Séances à huis clos, présence, 4:3; 6:25-6; 18:39-40; 19:49-50  
Travaux futurs, 12:5; 17:34-6
- Condition physique et Sport amateur, budget principal 1991-1992, 2:56-7, 61, 64, 66-8**
- Conseil de recherches médicales, 8:14-5**
- Constitution, 4:12**
- Educution sexuelle, 7:25**
- Emploi et immigration, budget principal 1991-1992, 2:45, 49**

*Le Régime de soins de santé au Canada et son financement, rapport. Voir Comité*

*Le VIH et les droits de la personne au Canada, publication. Voir SIDA*

**Lindblad, Guilan** (Comité permanent sur l'assurance sociale et de l'immigration du Parlement de la Suède)  
Comité, table ronde, discussion, 11:4-6-9, 11, 13, 15, 17, 20

**Liston, Bert** (ministère de la Santé et du Bien-être social)  
SIDA, stratégie nationale, étude, 4:13, 20-2, 25

**Logement social**  
Financement, gouvernement, retrait, incidence, 20:11

**Lucock, Carole** (Association canadienne médicale)  
Santé, Loi canadienne (modification), projet de loi C-333, étude, 15:16

**MacAlay, Lawrence** (L—Cardigan)  
Comité, séances à huis clos, présence, 4:3; 21:67

**MacDonald, I'hon. David** (PC—Roseade)  
SIDA, comité, table ronde, 12:67; 13:27-8

**Madore, Odette** (rechercheur pour le Comité)  
Comité, séances à huis clos, présence, 3:75-6; 4:3; 6:25-6; 9:67; 10:41; 18:39-40; 19:49-50; 21:67; voir *procès-verbal* du fascicule 22

**Maheu, Shirley** (L—Saint-Laurent—Cartierville)  
Comité, séances à huis clos, présence, 9:67; 10:41

**Makesky, Lyle** (ministère d'État de la Condition physique et du Sport amateur)  
Condition physique et Sport amateur, budget principal 1991-1992, 2:66

**Maladies infectieuses contagieuses**  
Exposition  
Au travail, surveillance, programme national, 17:18-9  
Degré, etc., 17:8-11  
Surveillance  
Protocoles, 17:7, 10-1  
*Voir aussi sous le titre susmentionné* Exposition—Au travail

**Maladies infectieuses contagieuses, intervention d'urgence, employés, notification**  
Alberta, position, 15:9, 13, 15, 21  
Ambulanciers, 14:34-5  
Association canadienne des policiers, lobbying, 15:13-4  
Association canadienne médicale, position et politique, 14:18; 15:17-20, 24  
Associations professionnelles, rôle, 17:17-8  
Colombie-Britannique, dispositions, 15:9, 11  
Conférence consensuelle sur les pathogènes à diffusion hémato-gène, 17:19-20  
Rapport, document demandé par le Comité, 17:19  
Confidentialité, considération, 14:7, 29, 31-2; 15:5, 9, 11-4, 24; 16:6-8, 10, 16, 18  
Déchets biomédicaux coupants, élimination, contrôle, 17:25-8  
Dépistage, tests, 15:19, 23, 26; 16:7, 9-11, 18; 17:10, 24  
Droits constitutionnels, considération, 15:14  
Éducation et formation, 15:27; 16:5-6, 12; 17:23, 26-7

**Maladies infectieuses contagieuses.....Suite**  
Exposition, degré, 17:8-11, 16-7, 31  
Fédération nationale des syndicats d'infirmières et d'infirmiers, position, 16:11  
*Formation infirmière en VIH/SIDA, Problèmes de pratique et lignes directrices*, publication, 16:13-4  
Infection, situation, mesures, 16:14-7; 17:13-5, 21-2, 24-5  
Infirmiers et infirmières, 16:4-6  
Laboratoire de lutte contre les maladies, position, 17:7  
Matériel nécessaire, 16:8, 10  
Mécanismes en place, 15:22-3; 17:6-7  
Médecins, responsabilité, 15:25-7  
Nouvelle-Écosse, position, 15:9, 15  
Ontario, disposition, 15:9, 11  
Oxyde d'éthylène, exposition, danger, 17:29  
Policiers, 14:34-5; 15:4-5, 12, 15, 20, 22, 27; 17:12  
Pompier, 14:23-8, 30, 32-3; 15:20, 24-7; 16:9-10, 18; 17:10, 12  
Prévention, 14:18-20, 30; 15:22; 16:5, 9, 11-2, 19-20; 17:25  
Protocole national, création  
Association des hôpitaux du Canada, position, 14:18  
Assurance-maladie, régimes, incidence, 14:13-4  
Codis supplémentaires, 14:14  
Mesure secondaire, 16:10  
Ministre, objections, 14:13-4  
Précautions universelles, incidence, 14:32  
Propagation, réduction, 14:12  
Provinces, administration, ingérence, etc., 14:13, 17, 21; 15:7  
Transferts fédéraux, paiement, condition, 14:13, 16  
Vie privée et droits civiques, protection, 14:13, 15-6; 16:13  
Juridiction, 14:6, 21; 15:14, 18, 21; 16:12, 19; 17:20-1  
Position, 15:9-10  
Réglementation, 17:7, 12, 15, 28  
*Voir aussi sous le titre susmentionné* Protocole national, création  
Rapport à la Chambre, 18:v-ix, 1-36  
Adoption, 18:40  
Association internationale des pompiers, document, annexion, 18:40  
Gouvernement, réponse demandée, 18:37, 40  
Impression, 18:40  
Projet, étude, 18:39-40  
Rédaction et typographie, modifications nécessaires, 18:40  
Titre, adoption, 18:40  
Santé, Loi canadienne, disposition, 15:21  
Santé, travailleurs, exclusion, 17:20, 22  
Syndicat canadien de la fonction publique, position, 17:24-5  
Territoires du Nord-Ouest, position, 15:13, 21  
Universalité, 16:12

**Maladies transmises sexuellement. Voir plutôt MTS**  
*Managing Your Health: A Guide for People with HIV or AIDS. Voir Réseau communautaire d'Info sur le traitement du SIDA*

**Martin, Charles-Eugène** (PC—Gaspé)  
SIDA, comité, table ronde, 12:25

**Marquardt, Orval** (ministère de la Santé nationale et du Bien-être social)  
Santé nationale et Bien-être social, budget principal 1993-1994, 20:15-6



- Israëlsson, Margareta** (Comité permanent sur l'assurance sociale et de l'immigration du Parlement de la Suède)  
Comité, table ronde, discussion, 11:5
- James, Ken** (PC—Sarnia—Lambton; secrétaire parlementaire du ministre du Travail du 8 mai 1991 au 11 mars 1993; secrétaire parlementaire du secrétaire d'Etat aux Affaires extérieures du 11 mars 1993 au 31 août 1994)  
Comité, séance à huis clos, présence, 5:121-2
- Jansson, Arne** (Comité permanent sur l'assurance sociale et de l'immigration du Parlement de la Suède)  
Comité, table ronde, discussion, 11:5
- Jeux du Commonwealth, Victoria, C.-B.**  
Athlètes handicapés, participation, 2:59  
Financement, contribution fédérale, 2:62
- Jeux étudiants mondiaux, Sheffield, Angleterre**  
Canada, participation, 2:54
- Jeux olympiques de l'hiver, Albertville, France**  
Canada, participation, 2:54
- Jeux olympiques d'hiver pour athlètes handicapés, Albertville, France**  
Financement, 2:54
- Jeux panaméricains, Havane, Cuba**  
Canada, participation, 2:54
- Johnson, Bonnie** (Fédération pour le planing des naissances du Canada)  
Comité, mandat, étude, 7:4, 7-11, 13-21, 23-5, 27
- Joncas, Jean-Luc** (PC—Matapédia—Marane) (vice-président)  
Athlètes, 2:58  
Comité, 14:9
- Séances à huis clos, présence, 3:75-6; 4:3; 5:121-2; 6:25-6; 18:39-40; voir *procès-verbal* du fascicule 22
- Table ronde, discussion, 11:5
- Travaux futurs, 17:34
- Condition physique et Sport amateur, budget principal 1991-1992, 2:58
- Revenu national, ministère, 17:34
- SIDA, stratégie nationale, étude, 4:18
- Voir aussi Vice-président du Comité—Election
- Justice, système**  
Femmes
- Karpoff, Jim** (NPD—Surrey—Nord)  
Assistance publique du Canada, régime, 8:17-8, 28
- Avortement, 11:1-2
- Comité, 8:6-9, 24, 33; 14:11
- Séances à huis clos, présence, 3:75-6; 4:3; 5:121-2; 6:25-6; 19:49-50
- Table ronde, discussion, 11:5-6, 10-4, 17-20
- Enfant, développement, initiative, 8:17-8
- Femmes, 11:19
- Karpoff, Jim—Suite**  
Maladies infectieuses contagieuses, intervention d'urgence, employés, notification, 14:18
- Médecins, 11:6
- Médicaments, 11:10
- Parlement, 11:13
- Pensions, régimes, 11:18
- Santé, Loi canadienne (modification), projet de loi C-333, étude, 14:11, 18
- Santé nationale et Bien-être social, budget principal 1992-1993, 8:6-9, 16-9, 24, 28-9, 32-3
- Santé, services, 11:6-7, 10
- SIDA, stratégie nationale, étude, 4:5
- Sous-comité de la condition féminine, 2:12
- Séance à huis clos, présence, 3:74
- Sous-comité de la pauvreté, 2:9-10
- Sous-comité sur la santé et le sport amateur, 2:13
- Kemping, William James** (PC—Burlington; secrétaire parlementaire du président du Conseil du Trésor et ministre d'Etat (Finances) du 8 mai 1991 au 1<sup>er</sup> septembre 1993)  
Avortement, 11:12-3
- Comité, table ronde, discussion, 11:5, 8, 12-3, 16-8
- Grande-Bretagne, 11:8
- Santé, services, 11:8, 16-7
- Kilger, Bob** (L—Stormont—Dundas)  
Athlètes, 2:67
- Condition physique et Sport amateur, budget principal 1991-1992, 2:59-60, 67-8
- Dubin, Commission, 2:67
- Sous-comité sur la santé et le sport amateur, 2:60
- Sport, 2:60
- Kingston, James M.** (Association canadienne des policiers)  
Santé, Loi canadienne (modification), projet de loi C-333, étude, 15:4, 11, 14-5
- Kingston, Ont., pénitencier**  
Remplacement par quatre établissements régionaux, 2:35, 46
- Kristiansen, Lyle** (NPD—Kootenay—Ouest—Revelstoke)  
Santé, Loi canadienne (modification), projet de loi C-333, étude, 15:11-3, 24-6
- La guerre contre les femmes, rapport**  
Allusion, 11:12
- Laboratoire de lutte contre les maladies. Voir** Maladies infectieuses contagieuses, intervention d'urgence, employés, notification
- Landersholm, Margareta** (Comité permanent sur l'assurance sociale et de l'immigration du Parlement de la Suède)  
Comité, table ronde, discussion, 11:5
- Langan, Joy** (NPD—Mission—Coquitlam)  
Comité, 14:37-40; 17:32
- Séances à huis clos, présence, 18:39-40
- Maladies infectieuses contagieuses, intervention d'urgence, employés, notification, 14:12-21, 32-5
- Pompiers, 14:32-3
- Santé, Loi canadienne (modification), projet de loi C-333, étude, 14:12-23, 32-5, 37-40; 17:12-5, 18-24, 26-8, 30-3



- Greene, Barbara**—Suite  
Femmes, 11:17  
*Grandir ensemble, les enfants, c'est important*, programme, 20:17-9  
Impôt sur le revenu, 8:28  
Maladies infectieuses contagieuses, 17:18-9  
Maladies infectieuses contagieuses, intervention d'urgence, employés, notification, 14:21  
Médicaments, 11:10; 20:23  
Parlement, 11:13  
Pauvreté, 17:35-6  
Planification familiale, 7:19-20  
REFER, 11:18-9  
Revenu national, ministère, 17:34-5  
Santé, Loi canadienne (modification), projet de loi C-333, étude, 14:20-1; 15:15, 27; 17:17-20, 23-4, 28-33  
Santé nationale et Bien-être social, ministère, 7:22  
Santé nationale et Bien-être social, budget principal 1992-1993, 8:27-8  
Santé, services, 11:9-11  
Sous-comité de la condition féminine  
Séances d'organisation, 3:73  
Séances à huis clos, présence, 3:73-4; 9:65-6  
Tabagisme, 11:15  
*Voir aussi*: Président du Comité—Election; Sous-comité de la condition féminine—Président  
**Greffier du Comité**  
Comité, 14:7-9  
Séance à huis clos, présence, 3:75-6  
Maladies infectieuses contagieuses, intervention d'urgence, employés, notification, 14:6  
**Gribble, Marie J.** (Société canadienne des maladies infectieuses)  
SIDA, Comité, table ronde, 12:10, 26  
**Grossesses**, *Voir* Adolescentes  
**Grossesses non désirées**  
Prévention, mesures, 7:8  
**Groupe consultatif sur les thérapies du SIDA**, *Voir* Témoins  
**Groupe d'action SIDA**  
*Aids and HIV Drug Trials*, brochure, 12:19  
*Voir aussi* Témoins  
**Guarnieri, Albina** (L—Mississauga-Est)  
Comité, séance à huis clos, présence, *voir procès-verbal* du fascicule 22  
**Guide alimentaire canadien**, *Voir* Santé—Promotion  
**Gustafsson, Nils-Olof** (Comité permanent sur l'assurance sociale et de l'immigration du Parlement de la Suède)  
Comité, table ronde, discussion, 11:4  
**Halliday, Bruce** (PC—Oxford)  
Comité, séance à huis clos, présence, 19:49-50  
Médicaments, 12:46-7  
SIDA, Comité, table ronde, 12:27-8, 30, 46-8, 55; 13:24, 50-1  
**Handicapés**, *Voir* Athlètes; Jeux du Commonwealth, C.B.—Athlètes; Sport  
**Hankins, Catherine** (Centre d'études sur le SIDA)  
SIDA, Comité, table ronde, 12:12-7, 20-1, 23-4, 26-7, 30  
**Harder, Sandra** (rechercheur pour le Comité)  
Comité, séances à huis clos, présence, 9:67; 10:41  
Sous-comité de la condition féminine, séances à huis clos, présence, 9:65-6  
**Harvey, André** (PC—Chicoutimi; secrétaire parlementaire du premier ministre du 11 mars 1993 au 1<sup>er</sup> septembre 1993; secrétaire parlementaire du ministre des Affaires indiennes et du Nord canadien du 1<sup>er</sup> septembre 1993 au 31 août 1994)  
Santé nationale et Bien-être social, budget principal 1993-1994, 20:19-21  
Santé, services, 20:19  
**Havane**, *Voir* Jeux panaméricains  
**Heap, Dan** (NPD—Trinity—Spadina)  
Santé, Loi canadienne (modification), projet de loi C-333, étude, 16:8-11, 18-9  
**Hearn, rapport**, *Voir* Appareils médicaux—Évaluation  
**Heister, Chris** (Comité permanent sur l'assurance sociale et de l'immigration du Parlement de la Suède)  
Comité, table ronde, discussion, 11:5  
**Hépatite B**  
Rapport à la Chambre, 6:v-x, 1-23  
Gouvernement, réponse demandée, 6:23, 25  
Impression, 6:25  
Transmission, 15:20  
**Hollande**  
Avortement, taux, 7:19  
Homosexuels, *Voir* Famille; SIDA—Porteurs  
**Huband, Mary** (Fédération pour le planning des naissances du Canada)  
Comité, mandat, étude, 7:20  
**Implantation**  
Techniques, Comité, étude, 6:26  
Impôt sur le revenu  
Enfants, crédit d'impôt, 8:28; 20:7  
**Imrie, Robert** (Comité national mixte sur l'éducation des autochtones pour la prévention du SIDA)  
SIDA, Comité, table ronde, 13:15-8, 23-5, 29  
**Initiative pour le développement de l'enfant**, *Voir* *pluôt*  
Enfant, développement, initiative  
**Inuit**  
Santé, promotion, programmes, 13:18  
**Israëlsson, Karin** (Comité permanent sur l'assurance sociale et de l'immigration du Parlement de la Suède)  
Comité, table ronde, discussion, 11:4, 14, 17-9

- Enfants—Suite**  
 Pauvreté, lutte—*Suite*  
 Rapport à la Chambre  
 Gouvernement, réponse demandée, voir *procès-verbal*  
 du fascicule 22  
 Impression, voir *procès-verbal* du fascicule 22  
 Projet, étude, voir *procès-verbal* du fascicule 22  
 Plan d'action, 8:11, 13  
 Pornographie, lutte, mesures, 8:20  
 Rapport à la Chambre, 5:v-x, 1-118  
 Adoption, m. rejetée, 5:121  
 Etude, 5:121-2  
 Gouvernement, réponse demandée, 5:119, 121  
 Impression, 5:121  
 Modifié, m. adoptée avec dissidence, 5:121  
 Santé, services et programmes sociaux, action communautaire, 8:11  
 Soins, promotion, programmes fédéraux, financement, 8:11  
 Voir aussi Autochtones; Comité—Témoins—Garde; Impôt sur le revenu; Santé nationale et Bien-être social, ministère—Bureau; SIDA—Porteurs
- Enseignement postsecondaire**  
 Arrangements fiscaux fédéraux-provinciaux, application, 8:10  
**Epargne-retraite, régimes enregistrés. Voir plutôt REER**  
**Etats-Unis. Voir Santé, Loi canadienne (modification), projet de loi C-333; Santé, services**
- Famille**  
 Aide, Santé nationale et Bien-être social, ministère, programmes, 8:10  
 Homosexuels, non-reconnaissance, santé, services, incidence, 13:49, 52-3  
**Farlinger, Brian** (Groupe d'action SIDA)  
 SIDA, Comité, table ronde, 12:38-41, 47-8, 50, 54  
**Faulkner, Neil** (ministère de la Santé et du Bien-être social)  
 SIDA, stratégie nationale, étude, 4:16  
**Fédération nationale des syndicates d'infirmières et d'infirmiers. Voir Maladies infectieuses contagieuses, intervention d'urgence, employés, notification**
- Fédération pour le planning des naissances du Canada**  
 Brochures, 7:13  
 Description, activités, 7:4-5, 21  
 Financement, 2:42; 6:26; 7:20-2  
 Libérinage, promotion, allégation, 7:24  
 Voir aussi Comité—Témoins—Comparution, convocation; Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction; Éducation sexuelle; MTS; Témoins
- Feltham, Louise** (PC—Wild Rose)  
 Comité, séance à huis clos, présence, 18:40  
 Sous-comité de la condition féminine  
 Sécance à huis clos, présence, 3:73  
 Sécance d'organisation, 3:73
- Femmes**  
 Au travail, Canada et Suède, comparaison, 11:17-8  
 Désavantages systématiques, réduction, 2:37  
 Détenues, situation, 2:35  
 Éducation et formation, 2:34, 47-8  
 Fédération pour le planning des naissances du Canada, 7:21-2  
 Enfants, 11:15  
 Travaux futurs, 17:33-5  
 Table ronde, discussion, 11:5-7, 9-13, 15-20  
*verbal* du fascicule 22  
 9:67; 10:41; 18:39-40; 19:49-50; 21:67; voir *procès-*  
 Séances à huis clos, présence, 3:75-6; 4:3; 5:121-2; 6:25-6;  
 Mandat, étude, 7:19-23, 26-7  
 Comité  
 7:19-20  
 Centre d'information et de ressources sur la sexualité, Avortement, 11:11  
 Assurance-maladie, régimes, 11:10  
 Assistance publique du Canada, régime, 8:27  
 septembre 1993 au 31 août 1994 (présidente)  
 parlementaire du Conseil du Trésor du 1er  
 Greene, Barbara (PC—Don Valley-Nord; secrétaire  
 Mise en oeuvre, 20:17-9  
 Description, 8:11, 20; 20:8  
*Grandir ensemble, les enfants, c'est important, programme*  
 Assurance-maladie, régimes, 11:8  
**Grande-Bretagne**  
 Vérificateur général, rapport, 20:25-6  
 Méthode, réévaluation, 20:25  
 Programmes établis, transferts  
**Gouvernement**  
 Comité, table ronde, discussion, 11:4  
 Immigration du Parlement de la Suède)  
**Godin, Sigge** (Comité permanent sur l'assurance sociale et de  
 SIDA, Comité, table ronde, 12:35-8, 46, 49-55  
**Gill, John** (Groupe consultatif sur les thérapies du SIDA)  
 Médicaments  
**Gagnon, étude. Voir** Médicaments—Approbation; SIDA—  
 1993-1994, 20:27-9  
 Santé nationale et Bien-être social, budget principal  
 (social)  
**Friesen, Henry** (ministère de la Santé nationale et du Bien-être  
 olympiques d'hiver pour athlètes handicapés, Albertville  
 France. Voir Jeux olympiques d'hiver, Albertville; Jeux  
 1993-1994, 20:24  
 Santé nationale et Bien-être social, budget principal  
 (social)  
**Foster, Kent** (ministère de la Santé nationale et du Bien-être  
 sociales, intervention d'urgence, employés, notification  
**Formation infirmière en VIH/SIDA, Problèmes de pratique et**  
 lignes directrices, publication. Voir Maladies infectieuses  
 Financement, 13:36-7, 50  
 Activités et mission, 13:35-6  
**Fondation de Toronto pour les gens atteints du SIDA**  
 SIDA—Porteurs; Sport; Terre-Neuve—SIDA  
 Voir aussi Justice, système; Parlement; Science et ingénierie;  
 Violence, victimes. Voir plutôt Violence faite aux femmes  
 Partis salariale, 11:19  
 Epoux, co-signalaires, discrimination, 2:47  
 Égalité économique, plan d'action, 2:34  
**Femmes—Suite**

**Commission d'enquête sur l'usage de drogues ou de pratiques  
bannies par les athlètes canadiens.** Voir *pluôt* Dublin,  
Commission

**Commission royale d'enquête sur la situation de la femme**  
Rapport, 2:43

**Commission royale sur les nouvelles techniques de**

**reproduction**  
Fédération pour le planing des naissances du Canada,  
comparution, 7:11-2

Mandar, 7:11-2, 19

**Condition féminine Canada**

Activités, 2:32-3, 37

Budget, 2:36

Fonctions, 2:31-2

Voir aussi Témoins

**Condition féminine du Commonwealth**

Réunion ministérielle, octobre 1990, Ottawa, Ont., 2:36

**Condition féminine, ministre responsable.** Voir Colloque  
national sur la femme, le droit et la justice

**Condition féminine, Sous-comité,** Voir *pluôt* Sous-comité sur  
la condition féminine

**Condition physique et Sport amateur**

Budget principal 1991-1992, 2:49-68

**Condition physique et Sport amateur, ministère d'Etat**

Budget, 2:49-50, 61

Dépenses, ventilation, 2:66

Direction générale, activités, 2:55-6

Voir aussi Témoins

**Conseil consultatif national sur le troisième âge.** Voir Conseil  
national du bien-être

**Conseil de recherches médicales**

Budget, 8:14

Projets, choix, 8:15

Voir aussi Santé—Promotion

**Conseil national des femmes du Canada**

Financement, 2:42

**Conseil national du bien-être**

Conseil consultatif national sur le troisième âge, fusion, 20:12

**Constitution**

Propositions, santé, services, incidence, 4:12

Voir aussi Santé, Loi canadienne (modification), projet de loi  
C-333

**Contraception**

Informations, insuffisance, 7:17

**Convention sur l'élimination de toutes les formes de**

discrimination

Canada, troisième rapport, 2:36

**Conway, Brian** (Société canadienne des maladies infectieuses)

SIDA, Comité, table ronde, 12:9-12, 22-3, 25, 27-8

**Coupar, Doug** (Association internationale des pompiers)

Santé, Loi canadienne (modification), projet de loi C-333,  
étude, 14:23-4, 29-35

**Cuba.** Voir Jeux panaméricains, Havane

**Curren, Tom** (rechercheur pour le Comité)  
Comité, séances à huis clos, présence, 6:25-6; 9:67; 10:41;  
19:49-50

**DDI.** Voir SIDA—Médicaments

**de Burger, Ron** (Association canadienne de santé publique)  
SIDA, Comité, table ronde, 13:12-4, 19-20, 26

**Département de recherche clinique et d'immunologie du**  
Montréal General Hospital. Voir Témoins

**Députés.** Voir Comité

**Dette nationale.** Voir *pluôt* Dette publique

**Dette publique**

Augmentation, causes, 8:28

Montant, 8:28-9

**Dewetering, June** (rechercheur pour le Comité)

Comité, séance à huis clos, présence, 5:121-2

**Dipede, Tony** (PWA Organizations)

SIDA, Comité, table ronde, 13:35-7, 50, 52

**Direction générale de la protection de la santé.** Voir Santé  
nationale et Bien-être social, ministère

**Discrimination.** Voir Convention sur l'élimination de toutes les  
formes

**Douglas, Kristen** (rechercheur pour le Comité)

Comité, séance à huis clos, présence, 3:75-6

Sous-comité de la condition féminine

Séance d'organisation, 3:73

Séances à huis clos, présence, 3:73-4

**Drogue**

Lutte, stratégie nationale

Financement, 8:12

Phase II, 20:7

Résultats, 8:26

Voir aussi Autochtones; Commission d'enquête

**Dubin, Commission** (Commission d'enquête sur l'usage de  
drogues ou de pratiques bannies par les athlètes canadiens)

Rapport, recommandations, 2:52-3, 58, 64, 67

**Éducation sexuelle**

Fédération pour le planing des naissances du Canada

Conseils scolaires, collaboration, 7:13

Falsabilité, étude, 7:6-7, 25

Programmes, 7:8

Parents, position, 7:13-4

*Planned Parenthood in Manitoba*, brochure, 7:25

Préventive, programmes, 7:9

Ressources, 7:6

**Emploi et immigration**

Budget principal 1991-1992, 2:30-49

**Enfants**

Aide, gouvernement, mesures, 20:8

Développement, programme, 8:11, 14, 17; 11:15; 20:8

8:11

Pauvreté, lutte

Mesures, 8:30-1

Ministère, rapport annuel, 8:30



- Collins, Phn. Mary—*Suite*
- Femmes
- Désavantages systémiques, réduction, 2:37
- Détenu, situation, 2:35
- Éducation et formation, 2:34, 47-8
- Égalité économique, plan d'action, 2:34
- Justice, système, femmes, impact, 2:35
- Kingsion, Ont., pénitencier, remplacement par quatre établissements régionaux, 2:35
- Opération Refuge, financement, 2:46
- Science et ingénierie, femmes, participation, 2:34-5, 48
- Sous-comité de la condition féminine, session précédente, 2:33
- Violence familiale
- Comité, 2:33, 38-9, 43-4
- Hommes, 2:40-1, 43-4
- Nouvelle initiative, 2:33, 45
- Prévention, programmes, 2:40
- Western Judicial Education*, conférence, questions étudiées, 2:36
- Colloque national sur la femme, le droit et la justice**
- Condition féminine, ministre responsable, participation, 2:47
- Questions étudiées, 2:36
- Colombie-Britannique. Voir** Maladies infectieuses contagieuses, intervention d'urgence, employés, notification
- Comité**
- Budget, 2:29-30
- Partie, transfère au Sous-comité de la condition féminine, 6:25
- Voir aussi sous le titre susmentionné* Voyage à Washington
- Comité directeur. *Voir plus tôt sous le titre susmentionné*
- Sous-comité du programme et de la procédure
- Délibérations, télédiffusion, 12:5
- Dépôts, temps de parole, 2:56-7, 61; 3:75; 4:11; 8:6-8, 24; 14:10-1; 20:5
- Documents et renseignements demandés
- Canada en santé, programme, publicité, contrats, 20:16-7, 19
- Maladies infectieuses contagieuses, intervention d'urgence, employés, notification, Conférence consensuelle sur les pathogènes à diffusion hématoxène, rapport, 17:19
- Médicaments, conformité, avis, objet, liste, 8:16
- Le Régime de soins de santé au Canada et son financement*, rapport, 11:6
- Mandat, étude, 7:4-27
- Ministres, comparution, 2:23-5, 27
- Santé nationale et Bien-être social, 2:27-9; 4:3; 6:25; 7:26-7; 8:8-9; 14:38-40
- Ordre du jour, modification, 8:6-7
- Présidente. *Voir plus tôt* Présidente du Comité
- Questions
- Pertinence, 2:61
- Réponses écrites, 2:49, 62, 64
- Quorum, 8:6; 14:10
- Voir aussi sous le titre susmentionné* Témoignages
- Recherchistes, services, 2:13-4
- Séance d'organisation, 2:7-30
- Comité—*Suite*
- À huis clos, 3:75-6; 4:3; 5:12-1; 6:25-6; 9:65-7; 10:41; 18:39-40; 19:49-50; 21:67; voir *procès-verbal* du fascicule 22
- Horaire, 2:19, 25-6; 14:9
- M. (Anderson), 14:10; adoptée, 11
- Publiques, 6:26
- Tenue et impression des témoignages en l'absence de quorum, 2:7-8
- Sous-comité, création, 3:75
- Sous-comité de la pauvreté, analyste principal, Wrobel, Marion, Toronto et Fredrickton, voyages, frais, remboursement, m. adoptée par vote prépondérant, 19:49-50
- Sous-comité des questions de santé, membres, déjeuners, paiement, 19:49
- Sous-comité du programme et de la procédure, création, 2:22
- Table ronde, discussion, 11:4-20
- Témoignages
- Acceptation en l'absence de quorum, motion, 7:5-6
- Voir aussi sous le titre susmentionné* Séances—Tenue
- Témoins
- Comparution, convocation, 6:26, 33; 14:7-8, 10-1, 36-40
- Association des hôpitaux du Canada, 14:37
- Comité consultatif sur l'épidémiologie, 14:36-7
- Fédération pour le planing des naissances du Canada, 6:26
- Ministres, 2:23-5, 27
- Santé nationale et Bien-être social, ministère, 7:26-7
- Dépenses, remboursement, 2:15-6; 12:5
- Garde d'enfants, frais, remboursement, 2:14-7
- Présentations, 11:4-5
- Temps de parole, 14:10-1
- Travaux futurs, 2:17-23, 27-8; 3:75; 4:3; 6:25-6; 12:5-6; 14:6-10; 17:32-6
- Vice-président. *Voir plus tôt* Vice-président du Comité
- Voyages
- Washington
- Budget et personnel nécessaire, m. (Anderson), 17:33, adoptée, 34
- Centre d'échanges interparlementaires, services, m. (Anderson) adoptée, 17:34
- Reynolds, Barbara, participation, m. (Black) adoptée, 7:10
- Voir aussi sous le titre susmentionné* Sous-comité de la pauvreté
- Reproduction—Techniques; Sang contaminé—Enquête publique; Violence familiale
- Comité consultatif sur l'épidémiologie. Voir** Comité—Témoins—Comparution, convocation
- Comité de Terre-Neuve sur le SIDA**
- Activités, 13:46-7
- Voir aussi* Témoins
- Comité national mixte sur l'éducation des autochtones pour la prévention du SIDA. Voir** Témoins
- Comité permanent sur l'assurance sociale et de l'immigration du Parlement de la Suède. Voir** Témoins



- Centre d'études sur le SIDA**  
Description, 12:13  
Voir aussi Témoins
- Centre d'information et de ressources sur la sexualité (CIRS)**  
Création, 7:5, 8, 13  
Écoles, recours, 7:13  
Financement, 7:8-11, 13-6, 19-20, 26  
Fonctions, 7:6-7, 14  
Information, services, 7:7, 12
- Champagne, Michel** (PC—Champlain: secrétaire parlementaire du ministre des Forêts du 8 mai 1991 au 1<sup>er</sup> septembre 1993 et secrétaire parlementaire du ministre de l'Énergie, des Mines et des Ressources du 11 mars 1993 au 1<sup>er</sup> septembre 1993; secrétaire parlementaire du ministre de l'Énergie, des Mines et des Ressources 1993 au 31 août 1994)  
Gouvernement, 20:25  
Santé nationale et Bien-être social, budget principal 1993-1994, 20:24-5  
Santé, services, 20:25
- CIRS.** Voir Centre d'information et de ressources sur la sexualité
- Clancy, Mary** (L—Halifax)  
Comité, séances à huis clos, 3:75-6; 9:65-6; 19:49-50  
Emploi et immigration, budget principal 1991-1992, 2:38-9, 46  
Sous-comité de la condition féminine  
Séances d'organisation, 3:73  
Séances à huis clos, présence, 3:73-4; 9:65-6  
Cockrill, Chris (Société canadienne du SIDA)  
SIDA, Comité, table ronde, 12:41-5, 47-8, 53  
Cole, John E. (PC—York—Simcoe)  
Comité, séance à huis clos, présence, 3:75-6
- Collins, Phion, Mary** (PC—Capilano—Howe Sound; ministre associé de la Défense nationale et ministre responsable de la situation de la femme jusqu'au 4 janvier 1993; ministre de la Diversification de l'économie de l'Ouest canadien et ministre d'État (Environnement) et ministre responsable de la situation de la femme jusqu'au 4 janvier 1993; (ministre désigné de la Santé) ministre de la Santé nationale et du Bien-être social et ministre chargée de la situation de la femme à compter du 25 juin 1993)  
Colloque national sur la femme, le droit et la justice  
Condition féminine, ministre responsable, participation, 2:47  
Questions étudiées, 2:36  
Condition féminine Canada  
Activités, 2:32-3, 37  
Budget, 2:36  
Fonctions, 2:31-2  
Condition féminine du Commonwealth, réunion ministérielle, Ottawa, Ont., 2:36  
Conseil national des femmes du Canada, financement, 2:42-3  
Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination, Canada, troisième rapport, 2:36  
Emploi et immigration, budget principal 1991-1992, 2:30-48  
Fédération pour le planning des naissances du Canada, financement, 2:42
- Centre d'échanges interparlementaires.** Voir Comité—Voyage à Washington
- Centre d'études sur le SIDA**  
Description, 12:13  
Voir aussi Témoins
- Canada en forme, semaine**  
Succès, 2:50
- Canada en santé, programme**  
Description, 20:6, 16  
Publicité, contrats, renseignements demandés par le Comité, 20:16-7, 19
- Cancer de la prostate**  
Recherches, 20:29
- Cancer du sein**  
Rapport à la Chambre, 9:v-xv, 1-63  
Allusions, 11:11-2  
Gouvernement, réponse demandée, 9:64, 67  
Impression, 9:67; 11:20  
Version française, révision, coût, etc., 9:67  
Recherches, financement, 8:14-5, 22; 20:21, 27-8
- Catley-Carlson, Margaret** (ministère de la Santé nationale et du Bien-être social)  
Santé nationale et Bien-être social, budget principal 1992-1993, 8:15-7, 22, 24-5, 31-2
- Centre d'échanges interparlementaires.** Voir Comité—Voyage à Washington
- Cadieux, Phion, Pierre H.—Suite**  
Aventure physioforme Canada-URSS, entente, 2:52  
Aventure physioforme, élargissement, 2:52  
Canada en forme, semaine, succès, 2:50  
Condition physique et Sport amateur, budget principal 1991-1992, 2:49-56, 58-62, 64-8  
Condition physique et Sport amateur, ministère d'État  
Budget, 2:49-50  
Direction générale, activités, 2:55-6  
Dublin, Commission, rapport, recommandations, 2:52-3, 58  
Jeux du Commonwealth, Victoria, C.-B.  
Athlètes handicapés, participation, 2:59  
Financement, contribution fédérale, 2:62  
Jeux étudiants mondiaux, Sheffield, Angleterre, Canada, participation, 2:54  
Jeux olympiques de Toronto, Ont., financement, 2:65  
Jeux olympiques d'hiver, Albertville, France, Canada, participation, 2:54  
Jeux olympiques d'hiver pour athlètes handicapés, Albertville, France, financement, 2:54  
Jeux panaméricains, Havane, Cuba, Canada, participation, 2:54  
Organisation antidopage canadienne, création, 2:52  
Sport  
Administration, consultations, 2:65  
Femmes, promotion, 2:55, 62  
Politique fédérale, groupe de travail, étude, 2:53  
Programme sportif fédéral 1991-1992, 2:54-5  
Secteurs gouvernemental et non gouvernemental, rôles, 2:53  
Unité nationale, relation, 2:60
- Calley, Andrew, affaire**  
Dossier, progression, 2:64
- Caloren, Heather** (Association canadienne des infirmières)  
Santé, Loi canadienne (modification), projet de loi C-333, étude, 16:5-8, 10-20
- Canada en forme, semaine**  
Succès, 2:50
- Canada en santé, programme**  
Description, 20:6, 16  
Publicité, contrats, renseignements demandés par le Comité, 20:16-7, 19
- Cancer de la prostate**  
Recherches, 20:29
- Cancer du sein**  
Rapport à la Chambre, 9:v-xv, 1-63  
Allusions, 11:11-2  
Gouvernement, réponse demandée, 9:64, 67  
Impression, 9:67; 11:20  
Version française, révision, coût, etc., 9:67  
Recherches, financement, 8:14-5, 22; 20:21, 27-8
- Catley-Carlson, Margaret** (ministère de la Santé nationale et du Bien-être social)  
Santé nationale et Bien-être social, budget principal 1992-1993, 8:15-7, 22, 24-5, 31-2
- Centre d'échanges interparlementaires.** Voir Comité—Voyage à Washington

- Bouchard, l'hon. Benoît—Suite**  
Santé, services—Suite  
Autochtones—Suite  
Santé, 8:24  
Tabagisme, lutte, mesures préventives, 8:21  
Breves (modification), Loi de 1992—C-91, santé, recherches, financement, incidence, 20:27  
Canada en santé, programme  
Description, 20:16  
Publicité, contrats, 20:19  
Cancer du sein, recherches, financement, 8:14-5; 20:21  
Conseil de recherches médicales, projets, choix, 8:15  
Conseil national du bien-être, Conseil consultatif national sur le troisième âge, fusion, 20:12  
Constitution, propositions, santé, services, incidence, 4:12  
Dette publique, montant, 8:28-9  
Droque, lutte, stratégie nationale, 8:26; 20:7  
Enfants  
Aide, gouvernement, mesures, 20:8  
Maladies et décès, prévention, programmes fédéraux, financement, 8:11  
Plan d'action, 8:11  
Pauvreté, lutte, 8:13-4, 30-1  
Pornographie, lutte, mesures, 8:20  
Santé, services et programmes sociaux, action communautaire, 8:11  
Soins, promotion, programmes fédéraux, financement, 8:11  
Enseignement postsecondaire, arrangements fiscaux fédéraux-provinciaux, application, 8:10  
Famille, aide, Santé nationale et Bien-être social, ministère, programmes, 8:10  
Gouvernement, programmes établis, transferts, 20:25  
*Grandir ensemble, les enfants, c'est important*, programme  
Description, 8:11, 20:8  
Mise en oeuvre, 20:17-8  
Impôt sur le revenu, enfants, crédit d'impôt, 8:28; 20:7  
Médicaments, approbation, 20:7, 22-3  
Pauvreté, lutte, mesures, 20:10  
Pension de vieillesse, financement fédéral, augmentation, 8:10  
Pensions, régimes, conjoint, 8:10  
Politiques sociales, gouvernement, 20:9-10, 21  
Recherches médicales, financement, 8:22  
Sang contaminé, enquête publique, 20:13-4  
Santé  
Promotion, 20:6  
Recherches, financement, 20:26  
Santé et environnement, plan d'action, financement, 8:12  
Santé nationale et Bien-être social  
Budget principal 1992-1993, 8:10-6, 18-24, 26-32  
Budget principal 1993-1994, 20:5-14, 16-27, 29  
Santé nationale et Bien-être social, ministère  
Bureau des enfants, 8:12; 20:29  
Direction générale de la protection de la santé, 8:16; 20:22-3  
Réalizations, 20:5  
Santé, services  
Arrangements fiscaux fédéraux-provinciaux, application, 8:10
- Bouchard, l'hon. Pierre H. (PC)—Vaudreuil, ministre d'Etat (Jeunesse) et leader adjoint du gouvernement à la Chambre des communes jusqu'au 25 juin 1993**  
Cadieux, l'hon. Pierre H. (PC)—Vaudreuil, ministre d'Etat  
(Condition physique et Sport amateur) et ministre d'Etat des communes jusqu'au 25 juin 1993  
Activités physiques  
Canadiens, participation, 2:50  
Santé, soins, coûts, incidence, 2:50-1  
Vie active, notion, 2:51  
Afrique du Sud, échanges sportifs, politique canadienne, 2:62  
Athlètes  
Antidopage, 2:52-3, 58  
Droits, groupe de travail, étude, 2:65  
Financement, ressources, examen, 2:67  
Handicapés, 2:59
- Bureau des enfants. Voir** Santé nationale et Bien-être social, Activités, 17:5  
**Bureau de l'épidémiologie des maladies transmissibles**  
Activités, 17:5  
Sport, 2:63  
Jeux olympiques de Toronto, Ont., 2:64  
1991-1992, 2:57, 61-5  
Condition physique et Sport amateur, budget principal  
Comité, 2:57, 62  
*Callegia, Andrés*, affaire, 2:64  
Athlètes, 2:64  
Brewin, John F. (NPD—Victoria)  
SIDA, médicaments, essais, incidence, 12:29  
Santé, recherches, financement, incidence, 20:27  
Breves (modification), Loi de 1992, projet de loi C-91  
*Voir aussi* Société canadienne du SIDA—Lettre  
Prévention, programmes, 20:8  
Lutte, mesures, 20:7  
Violence familiale  
Tabagisme, lutte, mesures, 20:6  
Traitements, 4:9  
TISA, programme, 4:20  
Stratégie nationale, étude, 4:5-10, 12-21, 23-4, 26-9  
Services sociaux, 4:9  
Recherches, 4:9, 17-8, 24  
Programmes, 4:9-10  
Porteurs, 4:7-8, 16, 21, 24, 26-8  
Médicaments, 4:9  
Lutte, 4:14  
Education, 4:7-8, 18-9  
Consensus SIDA/AIDS, janvier 1992, 4:8  
Autochtones, 8:21  
Aspect social, 4:26  
financement, 4:15  
Action communautaire sur le sida, programme, SIDA  
Sécurité du revenu, programmes, remaniement, 20:7  
Saskatchewan, santé, services, ticket modérateur, 8:20  
Ticket modérateur, 4:12; 8:20, 31  
Qualité et ressources, équilibre, 8:24; 20:9  
États-Unis, 8:24  
Financement, 8:12-3  
Coût, 20:20  
Santé, services—Suite

- Assurance-maladie, régimes**  
Financement fédéral, transfert aux provinces, 8:23-4  
Privés, 11:9  
*Voir aussi* Grande-Bretagne; Maladies infectieuses contagieuses, intervention d'urgence, employés, notification—Protocole national, création
- Assurance-santé, régimes. *Voir plutôt* Assurance-maladie, régimes**
- Artistes**  
Antidopage  
Améliorations, 2:58  
Campagne 1991-1992, 2:53  
Charte, 2:58  
Infractions, sanctions, 2:52  
D'élite ou de haute performance, encouragement, 2:65  
Droits, groupe de travail, étude, 2:64  
Financement, ressources, examen, 2:67  
Handicapés, 2:58-9  
*Voir aussi* Commission d'enquête sur l'usage de drogues ou de pratiques bannies
- Autocitones**  
Aide, programmes, 8:21  
Drogue et alcool, lutte, mesures, 8:21  
Enfants  
Mortalité, taux, 13:16  
Programmes communautaires, 8:11  
Mode de vie, 13:16  
Santé  
Mentale, 13:18  
Services, autonomie administrative, 8:24-5  
Suicide, taux, 13:16-7  
Tabagisme, lutte, mesures préventives, 8:21  
*Voir aussi* Justice, système—Femmes; SIDA; Sport
- Aventure physique**  
Élargissement, 2:52  
**Aventure physique Canada—URSS**  
Entente, 2:52
- Avortement**  
Législation, 11:11-3  
*Voir aussi* Hollande  
Parlement, manifestants, 11:12-3  
Comité, 12:5  
Axworthy, Chris (NPD—Saskatoon—Clark's Crossing)
- Séance à huis clos, présence, 3:75; 5:121-2**  
Travaux futurs, 12:5-6  
Sang contaminé, 12:6  
SIDA  
Comité, table ronde, 12:21-2, 31, 48-50, 52; 13:22-3  
Stratégie nationale, étude, 4:13-4, 22-3, 27-8  
AZT. *Voir* SIDA—Médicaments
- Banques alimentaires**  
Besoin, 20:11
- Banques de sang. *Voir* SIDA**
- Bartlett, William** (rechercheur pour le Comité)  
Comité, séances à huis clos, présence, 18:39-40
- Barwin, Norman** (Fédération pour le planning des naissances du Canada)  
Comité, mandat, étude, 7:4-5, 12-4, 17, 22-3, 25  
B.C. Centre for Excellence in HIV AIDS. *Voir* Témoins
- Bégin, Patricia** (chercheur pour le Comité)  
Comité, séance à huis clos, présence, 3:75-6  
Sous-comité de la condition féminine  
Séance à huis clos, présence, 3:73-4  
Séance d'organisation, 3:73
- Berger, David** (L—Saint-Henri—Westmount)  
SIDA, Comité, table ronde, 13:25
- Bjornemalm, Maud** (Comité permanent sur l'assurance sociale et de l'immigration du Parlement de la Suède)  
Comité, table ronde, discussion, 11:5, 11
- Black, Dawn** (NPD—New Westminster—Burnaby)  
Adolescentes, 7:18  
Centre d'information et de ressources sur la sexualité, 7:14-6  
Comité  
Mandat, étude, 7:10-1, 14-9  
Séances à huis clos, présence, 3:76; 9:67; 10:41  
Commission royale d'enquête sur la situation de la femme, 2:43  
Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction, 7:19  
Condition féminine Canada, 2:41-2  
Conseil national des femmes du Canada, 2:42-3  
Contraception, 7:17  
Emploi et immigration, budget principal 1991-1992, 2:41-4  
Fédération pour le planning des naissances du Canada, 2:42  
Planification des naissances, 7:17  
Sous-comité de la condition féminine  
Séance d'organisation, 3:73  
Séances à huis clos, présence, 3:73-4; 9:65-6  
Violence familiale, 2:43
- Blatherwick, John** (Association canadienne de la santé publique)  
SIDA, Comité, table ronde, 13:14-5, 19-20, 22-3, 27, 31  
Blenkarn, Don (PC—Mississauga-Sud)  
Comité, table ronde, discussion, 11:5, 7, 14  
Médicins, 11:14  
Santé, services, 11:7
- Bouchard, Thon. Benoit** (PC—Roberval; ministre de la Santé nationale et du Bien-être social; démission le 17 juin 1993)  
Alimentation, crise mondiale, lutte, stratégie, élaboration, 20:11  
Allocations familiales, financement fédéral, augmentation, 8:10, 14  
Assistance publique du Canada, régime  
Amélioration, 8:27; 20:9  
Financement, 8:10, 18, 27, 29  
Livres blanc, présentation, 20:10  
Assurance-maladie, régimes, financement fédéral, transfert aux provinces, 8:24  
Autocitones  
Aide, programmes, 8:21  
Drogue et alcool, lutte, mesures, 8:21  
Enfants, 8:11
- B.C. Centre for Excellence in HIV AIDS. *Voir* Témoins**



- Abort, laboratoires. *Voir* SIDA—Médicaments  
 Action communautaire sur le sida, programme. *Voir* SIDA  
 Activités physiques  
 Canadiens, participation, 2:50  
 Santé, soins, coûts, incidence, 2:50-1  
 Vie active, notion, 2:51  
 Adolescents  
 Grossesses, statistiques, 7:18-9  
 Affaires indiennes et Nord canadien, ministère  
 Santé nationale et Bien-être social, ministère, collaboration, 8:21  
 Afrique du Sud  
 Echanges sportifs, politique canadienne, 2:62  
 Aids and HIV Drug Trials, brochure. *Voir* Groupe d'action SIDA  
 Alberta. *Voir* Maladies infectieuses contagieuses, intervention d'urgence, employés, notification  
 Albertville, France. *Voir* Jeux olympiques d'hiver; Jeux olympiques d'hiver pour athlètes handicapés  
 Alcool  
 Danger, prévention, étiquetage, 20:12-3  
*Voir aussi* Autochtones—Drogue  
 Alcoolisme  
 Lutte, mesures, 11:14  
 Alcoolisme fœtal, syndrome  
 Rapport à la Chambre, 10:v-xv, 1-39  
 Gouvernement, réponse demandée, 10:39  
 Impression, 10:41  
 Recherches, financement, 8:22  
 Alimentation, crise mondiale  
 Lutte, stratégie, élaboration, 20:11  
 Allocations familiales  
 Financement fédéral, augmentation, 8:10, 14  
 Ambulanciers. *Voir* Maladies infectieuses contagieuses, intervention d'urgence, employés, notification  
 Anawak, Jack Iyerak (L—Nunatsiag)  
 Colloque national sur la femme, le droit et la justice, 2:47  
 Emploi et immigration, budget principal 1991-1992, 2:45-7  
 Femmes, 2:47  
 Justice, système, 2:47  
 Nowdluk, Kiny, affaire, 2:47  
 Anderson, Edna (PC—Simcoe-Centre)  
 Afrique du Sud, 2:62  
 Autochtones, 8:24-5  
 Comité, 8:8; 14:7  
 Mandat, étude, 7:27  
 Séances à huis clos, présence, 3:75-6; 5:121-2; 6:25-6; 9:67; 10:11; 18:39-40; 19:49-50; 21:67; *voir procès-verbal*  
 Table ronde, discussion, 11:5, 8-9  
 Travaux futurs, 14:6; 17:33-5  
 Condition physique et Sport amateur, budget principal 1991-1992, 2:62  
 Emploi et immigration, budget principal 1991-1992, 2:47  
 Association internationale des pompiers  
 Description, 14:23  
*Voir aussi* Maladies infectieuses contagieuses, intervention d'urgence, employés, notification—Rapport à la Chambre; Témoins  
 Association des hôpitaux du Canada. *Voir* Comité—Témoins—Compurion, convocation; Maladies infectieuses contagieuses, intervention d'urgence, employés, notification—Protocole national, création  
 Association canadienne médicale  
 Rôle, 15:16  
*Voir aussi* Maladies infectieuses contagieuses, intervention d'urgence, employés, notification; Santé, Loi canadienne (modification), projet de loi C-33; Témoins  
 Association canadienne des policiers. *Voir* Maladies infectieuses contagieuses, intervention d'urgence, employés, notification; Santé, Loi canadienne (modification), projet de loi C-33; Témoins  
 Association canadienne de la santé publique. *Voir* SIDA—Lutte; Témoins  
 Association canadienne des infirmières. *Voir* Santé, Loi canadienne (modification), projet de loi C-33; Témoins  
 Association canadienne des policiers. *Voir* Maladies infectieuses contagieuses, intervention d'urgence, employés, notification; Santé, Loi canadienne (modification), projet de loi C-33; Témoins  
 Association canadienne de la santé publique. *Voir* SIDA—Lutte; Témoins  
 Livre blanc, présentation, 20:9-10  
 Provinces, disparités, etc., 8:27-8  
 Entente, gouvernement fédéral, retrait, 8:17-8, 28-9  
 Frais partagés  
 Fédéral, augmentation, 8:10  
 Financement  
 Amélioration, 8:27; 20:9  
 Assistance publique du Canada, régime (RAPC)  
 Amélioration, 8:27; 20:9  
 SIDA, stratégie nationale, étude, 4:22  
 Armitt, Amelia (ministère de la Santé et du Bien-être social)  
 SIDA, stratégie nationale, étude, 4:22  
 Evaluation, Hearn, rapport, 20:24  
 Appareils médicaux  
 Antidopage. *Voir* Athlètes  
 Angleterre. *Voir* Jeux étudiants mondiaux, Sheffield  
 Anderson, Joan (Société canadienne du SIDA)  
 SIDA, Comité, table ronde, 13:31-4, 52-4  
 Territoires du Nord-Ouest, 8:25  
 Sport, 2:62  
 Séances à huis clos, présence, 3:73-4; 9:65-6  
 SIDA, stratégie nationale, étude, 4:15, 24  
 Sous-comité de la condition féminine  
 Santé, services, 11:8-9; 15:28  
 1992-1993, 8:8; 24-5  
 Santé nationale et Bien-être social, budget principal  
 Santé, Loi canadienne (modification), projet de loi C-33, étude, 14:21, 34, 38; 15:28; 17:15-7, 23, 28, 32  
 Santé, Loi canadienne, 14:21  
 employés, notification, 14:6, 34  
 Maladies infectieuses contagieuses, intervention d'urgence, Jeux du Commonwealth, Victoria, C.-B., 2:62  
 Hépatite B, 17:15  
 Femmes, 2:47  
 Anderson, Edna—Suite





# INDEX

## COMITÉ PERMANENT DE LA CHAMBRE DES COMMUNES

TROISIÈME SESSION—TRENTÉ-QUATRIÈME LÉGISLATURE

### DATES ET FASCICULES

— 1991 —

Mai: le 30, f.2.

Juin: le 6, f.2; les 11 et 18, f.3.

Septembre: le 19, f.4.

Octobre: le 30, f.4.

Décembre: le 3, f.5.

— 1992 —

Février: le 12, f.6; le 19, f.7.

Mai: le 7, f.8.

Juin: le 11, f.9; le 11, f.10.

Septembre: le 16, f.11.

Novembre: les 18 et 24, f.12; le 25, f.13.

— 1993 —

Février: les 2 et 9, f.14; le 16, f.15; le 23, f.16.

Mars: les 9 et 25, f.17 (réimpression).

Avril: le 20, f.18.

Mai: le 13, f.19; le 25, f.20; le 27, f.21.

Juin: les 1er et 15, f.18; le 8, f.22.

N.B. Il n'y a pas de fascicule 1.



Cet index est un index croisé couvrant des sujets variés. Chaque fascicule est enregistré selon la date et cette référence se trouve à la page suivante.

L'index contient l'analyse des sujets et les noms des participants. Chaque référence apparaît sous les deux rubriques afin de faciliter l'accès par le nom de l'intervenant ou par le sujet. Les chiffres qui suivent les titres ou sous-titres correspondent aux pages indexées. Certains sujets d'importance font aussi l'objet de descripteurs spéciaux.

Les noms des intervenants et les descripteurs sont inscrits dans un ordre alphabétique. Certaines entrées relatives à la législation sont indexées chronologiquement.

Une entrée d'index peut se composer d'un descripteur en caractères gras et d'un ou de plusieurs sous-titres tels que:

**Impôt sur le revenu**  
Agriculteurs  
Gains en capital

Les renvois à un premier sous-titre sont indiqués par un long trait.

**Gains en capital.** Voir Impôt sur le revenu—Agriculteurs

Les abréviations et symboles que l'on peut retrouver dans l'index sont les suivants:

1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> l.=première, deuxième, troisième lecture. A.= appendice. Am.=amendement. Art.=article. Chap.=chapitre. Dd.=ordre de dépôt de documents. Déc.=déclaration. M.=motion. Q.F.=question au *Feuilleton*. Q.o.=question orale. R.g. = réponse du gouvernement. Rés.=résolution. S.C.=Statuts du Canada. S.r.=sanction royale.

Affiliations politiques:

BQ	Bloc Québécois
Cons. Ind.	Conservateur indépendant
Ind.	Indépendant
L	Libéral
NPD	Nouveau parti démocratique
PC	Progressiste conservateur
Réf.	Parti réformiste du Canada

Pour de plus amples renseignements, veuillez vous adresser  
au Service de l'index et des références (613) 992-7645.  
Télécopieur (613) 992-9417



Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre des  
communes par l'Imprimeur de la Reine pour le Canada.  
En vente: Groupe Communication Canada — Edition.  
Approvisionnement et Services Canada, Ottawa, Canada KIA 0S9

Published under authority of the Speaker of the House of Commons  
by the Queen's Printer for Canada.  
Available from Canada Communication Group — Publishing,  
Supply and Services Canada, Ottawa, Canada KIA 0S9

CHAMBRE DES COMMUNES

Santé et du bien-être social, des  
affaires sociales, du troisième  
âge et de la condition féminine

COMITÉ PERMANENT DE LA

DU

INDEX

CANADA









JUN 8 1994



